REVIEW ARTICLE

Empowerment of Older Adults in Health Care: A Scoping Review of Antecedents, Mechanisms, and Outcomes

Abdolhakim Jorbonyan[1]
Maryam Khosrozadeh [2]
Masoud Gharib[3]
Reza Aliakbari Khoei[4]

1 Assistant Professor, Department of Geriatric Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2 MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3 Associate Professor, Department of Rehabilitation, Faculty of Allied Medical Sciences, Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4Assistant Professor, Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

(Received August 22, 2026; Accepted October 26, 2026)

Abstract

Background and purpose: Empowerment plays an important role in promoting the health and improving the quality of life of older adults, although its definition and application remain variable across different contexts. This scoping review aimed to map the existing evidence on empowerment among older adults, with a particular focus on self-management, independence, and health literacy.

Materials and methods: This scoping review was conducted using the framework proposed by Arksey and O'Malley (2005) and following the PRISMA-ScR guidelines. A systematic search was performed in PubMed, Web of Science, Scopus, SID, Magiran, and Google Scholar to identify studies published from 2015 to June 2026. Studies were selected according to predefined inclusion and exclusion criteria, and data were extracted using a standardized form. The findings were synthesized through thematic analysis using a framework comprising contextual factors, attributes and mechanisms, and outcomes.

Results: Twenty-one sources representing nine countries were included. Factors contributing to empowerment were identified at the individual, interpersonal, and health system levels. Key attributes included self-awareness, goal setting, and shared decision-making. Reported outcomes included improvements in self-efficacy, sense of coherence, and self-management, whereas findings regarding psychological well-being and healthcare utilization were inconsistent. Cultural contexts and health system characteristics emerged as important factors influencing the outcomes of empowerment interventions.

Conclusion: This scoping review highlighted the lack of a standardized definition and measurement approach for empowerment among older adults. The implementation and effectiveness of empowerment initiatives appear to depend on cultural context, health system structure, and care delivery settings. Future research should focus on the long-term sustainability of outcomes by promoting the active involvement of older adults, adopting interdisciplinary approaches, and using mixed-methods research designs. Achieving this goal requires the integration of person-centred interventions with structural reforms, improved care coordination, and the development of a supportive professional culture within healthcare systems.

Keywords: empowerment, older adults, self-management, autonomy, health literacy, health promotion, scoping review

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 330-343 (Persian).

Corresponding Author: Abdolhakim jorbonyan - Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran (E-mail: Hakim.jrm@gmil.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۳۴۳-۳۳۰)

توانمندسازی سالمندان در مراقبت‌های سلامت: مرور دامنه‌ای عوامل زمینه‌ساز، سازوکارها و پیامدها

عبدالحکیم جوربنیان[۱]
مریم خسروزاده[۲]
مسعود غریب[۳]
رضا علی اکبری خویی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: توانمندسازی در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان نقش دارد، اما تعریف و کاربرد آن متفاوتست. این مرور دامنه‌ای با هدف ترسیم شواهد توانمندسازی سالمندان، با تأکید بر خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت انجام شد.

مواد و روش ها: این مرور دامنه‌ای بر اساس چارچوب آرکسی و امالی (۲۰۰۵) و مطابق با دستورالعمل PRISMA-ScR انجام شد. جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های PubMed، Web of Science، Scopus، SID، Magiran و Google Scholar برای مطالعات منتشرشده از سال ۲۰۱۵ تا ژوئن ۲۰۲۶ انجام گرفت. مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و داده‌ها با استفاده از فرم استاندارد استخراج شدند. یافته‌ها با تحلیل موضوعی و بر اساس چارچوب عوامل زمینه‌ساز، ویژگی‌ها و سازوکارها، و پیامدها سازمان‌دهی شدند.

یافته‌ها: در مجموع، ۲۱ منبع از ۹ کشور وارد مطالعه شدند. عوامل زمینه‌ساز توانمندسازی در سه سطح فردی، ارتباطی و نظام سلامت شناسایی شدند و ویژگی‌های اصلی شامل خودآگاهی، هدف‌گذاری و تصمیم‌گیری مشارکتی بود. پیامدها شامل بهبود خودکارآمدی، حس انسجام و خود مدیریتی بودند، در حالی که یافته‌ها درباره بهزیستی روان‌شناختی و استفاده از خدمات سلامت یکسان نبودند. همچنین، زمینه‌های فرهنگی و ویژگی‌های نظام سلامت بر نتایج مداخلات تأثیر قابل‌توجهی داشتند.

استنتاج: نتایج این مرور دامنه‌ای نشان داد که توانمندسازی سالمندان فاقد تعریف و سنجش یکپارچه است و اثربخشی آن به زمینه فرهنگی، ساختار نظام سلامت و محیط ارائه خدمات بستگی دارد. پژوهش‌های آینده باید با مشارکت فعال سالمندان، رویکردهای میان‌رشته‌ای و روش‌های ترکیبی، بر پایداری پیامدهای بالینی تمرکز کنند. تحقق این هدف مستلزم تلفیق مداخلات فردمحور با اصلاحات ساختاری، هماهنگی مراقبت و ارتقای فرهنگ حرفه‌ای نظام سلامت است.

واژه های کلیدی: توانمند سازی، سالمندان، خودمدیریتی، استقلال، سواد سلامت، ارتقای سلامت، مرور دامنه‌ای

مولف مسئول: عبدالحکیم جورینیان- ساری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **E-mail:** Hakim.jrm@gmil.com
۱. استادیار، گروه سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری ، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ، ایران
۳.دانشیار، گروه توانبخشی، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیارآمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب حوادث جاده‌ای،دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۵/۳۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۶/۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۸/۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

سالمندی جمعیت یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیت‌شناختی قرن بیست‌ویکم است. شمار افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان از یک میلیارد نفر فراتر رفته و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۱/۲ میلیارد نفر برسد(۱،۲). این روند، نیاز به خدمات سلامت و حمایت اجتماعی را افزایش داده است. در همین راستا، سازمان ملل متحد دهه سالمندی سالم را با تأکید بر مراقبت یکپارچه و انسان محور اعلام کرد. تحقق این رویکرد مستلزم مشارکت فعال سالمندان در تصمیم‌گیری‌های سلامت و مدیریت زندگی خود است؛ موضوعی که توانمندسازی را به یکی از اصول مهم ارتقای سلامت سالمندان تبدیل می‌کند(۳).

در همین راستا، منشور اتاوا، ارتقای سلامت را فرآیندی می‌داند که افراد را قادر می‌سازد کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند(۴). این دیدگاه با تعریف Wallerstein و Bernstein (۱۹۸۸) از توانمندسازی نیز همسو است که توانمندسازی را فرآیندی مبتنی بر کنش اجتماعی می‌دانند و طی آن افراد، سازمان‌ها و جوامع توانایی بیشتری برای کنترل و مدیریت زندگی خود کسب می‌کنند. این رویکرد در مراقبت از سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا با گسترش مراقبت‌های بیمار محور، الگوی سنتی و پزشک محور به‌تدریج جای خود را به مشارکت فعال سالمندان در تصمیم‌گیری و خودمراقبتی می‌دهد(۵).

با این‌حال، اجرای مراقبت بیمارمحور و تصمیم‌گیری مشترک در عملکرد بالینی روزمره همچنان محدود است و میان سیاست‌های سلامت و عملکرد واقعی نظام سلامت شکاف وجود دارد(۶). همچنین، تداوم چالش‌هایی مانند پراکندگی خدمات، علی‌رغم بهبود فرهنگ همکاری حرفه‌ای، می‌تواند تحقق این سیاست‌ها را با دشواری مواجه سازد(۷).

توانمندسازی سالمندان فرآیندی چند بعدی است که خودمدیریتی بیماری‌های مزمن، استقلال در تصمیم‌گیری‌های سلامت و سواد سلامت کافی را دربرمی‌گیرد(۸). شواهد نشان می‌دهند مداخلات ساختاریافته و بیمارمحور می‌توانند کیفیت زندگی، خودکارآمدی و پایبندی به درمان را بهبود بخشند(۹). آموزش‌های هدفمند نیز در ارتقای سواد سلامت و خودمدیریتی مؤثرند؛ هرچند ابزارها و روش‌های اجرای این مداخلات متفاوت‌اند(۱۲- ۱۰). در همین زمینه، مرور انتقادی Shearer و همکاران (۲۰۱۲) بر ۱۱ کارآزمایی بالینی در سالمندان ساکن جامعه نشان داد که تعریف و اجرای توانمندسازی ناهمگون است، تبیین نظری سازوکارهای مداخله محدود است و پیگیری بلندمدت تقریبا وجود ندارد؛ بنابراین، شواهد برای نتیجه‌گیری قطعی درباره اثربخشی مداخلات کافی نیستند(۱۳).

از این جهت با وجود شواهد تجربی رو به رشد، مرزهای مفهومی توانمندسازی همچنان مورد بحث و بررسی است. Zimmerman (۱۹۹۵) ابعاد مختلف توانمندسازی روانشناختی را از یکدیگر متمایز کرد و آن را شامل سه مؤلفه‌ی اصلی درون‌فردی، تعاملی و رفتاری دانست(۱۴). همچنین، Gibson (۱۹۹۱) و Rodwell (۱۹۹۶) بر ماهیت ارتباطی توانمندسازی و نقش احترام متقابل، اعتماد و تصمیم‌گیری مشترک میان بیمار و ارائه دهنده مراقبت تأکید کردند(۱۵، ۱۶). در ادامه این مسیر، Tsubouchi و همکاران (۲۰۲۱) با استفاده از روش تحلیل مفهومی تکاملی Rodgers، مفهوم توانمندسازی را به‌طور خاص در میان سالمندان و در یک بافت فرهنگی جمع‌گرا بررسی و هفت شرط زمینه‌ای، شش ویژگی اصلی و هفت پیامد برای آن شناسایی کردند. یافته‌های آنان بر نقش مشارکت اجتماعی، ایفای نقش و حضور فعال در جامعه، در کنار ارتباط کلامی، در توانمندسازی سالمندان تأکید داشت(۱۷، ۱۸). این یافته‌ها نشان می‌دهند که توانمندسازی سازه‌ای یکسان در همه فرهنگ‌ها و محیط‌های مراقبتی نیست و عوامل زمینه ساز و نحوه بروز آن می‌توانند متفاوت باشند.

این ناهمگونی در مطالعات مداخله‌ای نیز دیده می‌شود؛ زیرا مداخلات توانمندسازی از آموزش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

خودمدیریتی بیماری‌های مزمن تا ارتقای سواد سلامت و ارتباط بیمارمحور را شامل می‌شوند. تفاوت در چارچوب‌های نظری، پیامدهای سنجیده شده و طرح‌های پژوهشی، تلفیق شواهد را دشوار کرده است و هنوز مشخص نیست کدام راهبردها و در چه شرایطی بیشترین حمایت را از خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت سالمندان فراهم می‌کنند. افزون بر این، مرورهای پیشین اغلب بر مؤلفه‌های خاص یا بافت‌های فرهنگی محدود تمرکز داشته‌اند و ارتباط میان عوامل زمینه‌ساز، سازوکارها و پیامدهای توانمندسازی کمتر به‌صورت یکپارچه بررسی شده است. همچنین، ممکن است شواهد فارسی در مرورهای بین‌المللی کمتر مورد توجه قرار گرفته باشند. بر این اساس، مرور دامنه‌ای حاضر با هدف نقشه برداری جامع شواهد فارسی و انگلیسی درباره توانمندسازی سالمندان، با تأکید بر عوامل زمینه‌ساز، سازوکارها و پیامدهای مرتبط با خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت و با در نظر گرفتن تنوع روش‌های پژوهشی و بافت‌های مطالعاتی انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه با هدف شناسایی و نقشه برداری شواهد توانمندسازی سالمندان در نظام سلامت، با تمرکز بر عوامل زمینه‌ساز، سازوکارها و پیامدهای مرتبط با خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت، به روش مرور دامنه‌ای انجام شد. این روش برای ترسیم گستره شواهد، شناسایی مفاهیم اصلی و تعیین شکاف‌های دانشی به کار می‌رود(۱۹). مطالعه بر اساس چارچوب آراکسی و اومالی (۲۰۰۵) و با بهره‌گیری از توصیه‌های Levac و همکاران (۲۰۱۰) و دستورالعمل PRISMA-ScR انجام شد؛ با این تفاوت که مرحله مشاوره با ذی‌نفعان اجرا نشد(۲۲- ۲۰).

۱. سؤال پژوهش: سؤال اصلی مرور بر اساس هدف مطالعه و پیشینه پژوهش تدوین شد: «شواهد موجود درباره توانمندسازی سالمندان در نظام سلامت از نظر عوامل زمینه‌ساز، سازوکارها و پیامدهای مرتبط با خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت چیست؟»

۲.معیارهای واجد شرایط بودن مطالعات: بر اساس چارچوب PCC از نظر جمعیت، مطالعات شامل افراد ۶۰ سال و بالاتر ساکن جامعه، بستری در بیمارستان یا مقیم مراکز مراقبت طولانی‌مدت بود؛ مطالعات متمرکز بر کارکنان سلامت یا مراقبان خانوادگی، که توانمندسازی سالمندان را بررسی نکرده بودند، حذف شدند. از نظر مفهوم، مطالعاتی وارد شدند که توانمندسازی را به‌عنوان مفهوم اصلی و خودمدیریتی، استقلال، سواد سلامت و خودکارآمدی را به‌عنوان سازه‌های مرتبط بررسی کرده بودند. این مطالعات شامل تعاریف و ابعاد توانمندسازی، عوامل زمینه‌ساز، ویژگی‌ها، سازوکارها و پیامدها، مداخلات آموزشی، تصمیم‌گیری مشترک، مشارکت در مراقبت از خود و پژوهش‌های نظری و تحلیل‌های مفهومی بودند. ازنظر بافت مطالعه، مراقبت سلامت سالمندان در جامعه، بیمارستان و مراکز مراقبت طولانی‌مدت در کشورهای مختلف مد نظر قرار گرفت . مطالعاتی که این مفاهیم را به طور سطحی و بدون تعریف، چارچوب مفهومی، مداخله مشخص یا پیامد مرتبط مطرح کرده بودند، حذف شدند.

از نظر ویژگی‌های انتشار، مقالات اصیل پژوهشی منتشرشده در مجلات علمی داوری‌شده، به زبان فارسی یا انگلیسی، طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۶ و با متن کامل در دسترس، واجد شرایط بودند. محدودیت جغرافیایی اعمال نشد تا تنوع فرهنگی در مفهوم‌پردازی و اجرای توانمندسازی سالمندان پوشش داده شود. مطالعات به زبان‌های دیگر و ادبیات خاکستری، شامل پایان‌نامه‌ها، رساله‌ها و گزارش‌های پژوهشی، به‌طور نظام‌مند بررسی نشدند. این محدودیت با هدف تمرکز بر شواهد داوری‌شده و تسهیل جست‌وجو و ارزیابی منابع اعمال شد و اثر احتمالی آن بر جامعیت شواهد در بخش محدودیت‌های مطالعه در نظر گرفته شد.

۳.منابع اطلاعاتی و راهبرد جست‌وجو: راهبرد جست‌وجو بر اساس مفاهیم اصلی پژوهش، شامل

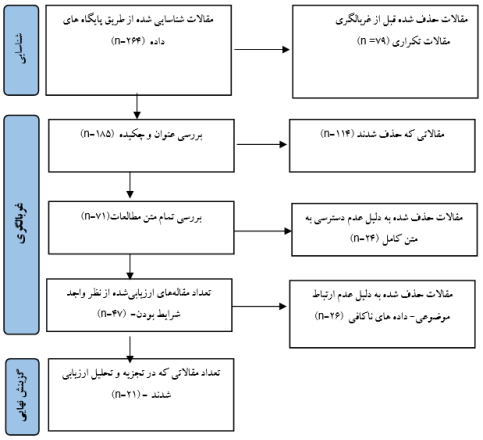
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

سالمندان، توانمندسازی، سواد سلامت، خودمدیریتی و خودمختاری، با استفاده از واژگان کنترل‌شده، واژگان آزاد و مترادف‌ها تدوین و متناسب با هر پایگاه تنظیم شد. جست‌وجو در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Web of Science، Magiran و SID صورت گرفت. بازه جست‌وجو از ابتدای سال ۲۰۱۰ تا ژوئن ۲۰۲۶ در نظر گرفته شد، اما مطابق معیارهای ورود، مطالعات منتشرشده از سال ۲۰۱۵ تا ژوئن ۲۰۲۶ انتخاب شدند. جست‌وجو در ژوئیه ۲۰۲۶ تکمیل شد. همچنین، Google Scholar بررسی و فهرست منابع مطالعات واردشده به صورت دستی بازبینی شد. ادبیات خاکستری به طور نظام‌مند جست‌وجو نشد و پایگاه‌های CINAHL، PsycINFO و Embase نیز مورد استفاده قرار نگرفتند؛ این موارد در بخش محدودیت‌های مطالعه مطرح شده‌اند. راهبرد کامل جست‌وجوی هر پایگاه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. استراتژی جستجو در پایگاه داده های الکترونیک برای شناسایی مطالعات حوزه توانمندسازی سالمندان

پابمد
(Aged[tiab] OR Aging[tiab] OR Elderly[tiab] OR "older adults"[tiab] OR Senior*[tiab]) AND (Empowerment[tiab] OR "patient empowerment"[tiab] OR "psychological empowerment"[tiab]) AND ("self-management"[tiab] OR "self-efficacy"[tiab] OR autonomy[tiab] OR "health literacy"[tiab] OR "self-care"[tiab] OR "long-term care"[tiab] OR "community-based"[tiab]) AND ("2010"[Date - Publication] : "2026"[Date - Publication])
اسکوپوس
TITLE-ABS-KEY ((aged OR aging OR ageing OR elderly OR "older adult*" OR "older people" OR "older person*" OR senior*) AND (empowerment OR empowered OR empowering OR "patient empowerment" OR "psychological empowerment" OR "self-empowerment") AND ("self-management" OR "self-efficacy" OR autonomy OR "health literacy" OR "self-care" OR "long-term care" OR "community-based")) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2027
وب اف ساینس
TS=((Aged OR Aging OR Ageing OR Elderly OR "older adult*" OR "older people" OR "older person*" OR Senior*) AND (Empowerment OR Empowered OR Empowering OR "patient empowerment" OR "psychological empowerment" OR "self-empowerment") AND ("self-management" OR "self-efficacy" OR autonomy OR "health literacy" OR "self-care" OR "long-term care" OR "community-based"))
پایگاه های فارسی
(سالمند OR سالمندی OR سالخورده OR کهنسال OR مسن OR پیر) AND (توانمندسازی OR "توانمند سازی" OR توانمندی OR "خودتوانمندسازی") AND (خودمدیریتی OR "خود مدیریتی" OR خودکارآمدی OR "خود کارآمدی" OR استقلال OR خودمختاری OR "سواد سلامت" OR خودمراقبتی OR "خود مراقبتی" OR "مراقبت طولانی‌مدت" OR "جامعه‌محور") AND سال انتشار >= ۱۳۸۸ AND سال انتشار <= ۱۴۰۵

۴) استخراج و سازماندهی داده‌ها: نتایج جست‌وجو به نرم‌افزار EndNote X9 منتقل و موارد تکراری حذف شدند. سپس دو پژوهشگر به‌طور مستقل، عناوین و چکیده‌ها و متن کامل مطالعات را بررسی کردند. اختلاف‌ها با بحث و در صورت نیاز، نظر پژوهشگر سوم برطرف شد. فرایند انتخاب مطالعات مطابق دستورالعمل PRISMA-ScR انجام و در نمودار جریان ارائه شد (تصویر شماره ۱). داده‌ها با استفاده از فرم ساختاریافته در Excel استخراج شدند. فرم پیش از استخراج اصلی به صورت آزمایشی بررسی شد و داده‌های استخراج شده توسط دو پژوهشگر مقایسه و اختلاف‌ها از طریق بازبینی مقالات و بحث یا نظر پژوهشگر سوم رفع شدند.



تصویر شماره ۱: نمودار انتخاب مطالعات

۵) تلخیص، ترکیب و گزارش نتایج: با توجه به ناهمگونی طراحی مطالعات، جمعیت‌ها، مداخلات و ابزارهای اندازه‌گیری، داده‌ها به روش توصیفی و تحلیل محتوای موضوعی ترکیب شدند. مطابق ماهیت مرور دامنه‌ای، ارزیابی رسمی کیفیت روش‌شناختی و خطر سوگیری انجام نشد(۱۹، ۲۰) و سنتز کمی یا رتبه‌بندی مطالعات صورت نگرفت. ابتدا ویژگی‌های کلی مطالعات، شامل سال انتشار، کشور، طراحی پژوهش، جمعیت و بستر مطالعه، توصیف شد. سپس یافته‌ها بر اساس چارچوب سه مرحله‌ای «عوامل زمینه‌ساز، ویژگی‌ها و سازوکارها، و پیامدها» سازمان‌دهی شدند. همچنین، عوامل بافتاری و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تعدیل‌کننده مؤثر بر توانمندسازی به صورت جداگانه شناسایی و برای تبیین تفاوت یافته‌ها میان مطالعات به کار گرفته شدند (جدول شماره ۲).

یافته ها

در مجموع، ۲۱ مطالعه وارد مرور نهایی شدند. از ۲۶۴ رکورد شناسایی‌شده، پس از حذف ۷۹ مورد تکراری، ۱۸۵ عنوان و چکیده بررسی و ۱۱۴ مورد حذف شدند. از ۷۱ متن کامل ارزیابی‌شده نیز ۲۴ مورد به دلیل عدم دسترسی به متن کامل و ۲۶ مورد به دلیل عدم ارتباط موضوعی یا ناکافی بودن داده‌ها کنار گذاشته شدند (تصویر شماره ۱). مطالعات نهایی بر اساس میزان ارتباط با توانمندسازی در دو گروه طبقه‌بندی شدند: گروه اول شامل ۱۷ مطالعه با تمرکز مستقیم بر توانمندسازی (۱۱ مداخله‌ای، سه مشاهده‌ای و سه کیفی یا مفهومی) و گروه دوم شامل چهار مطالعه درباره خودمدیریتی، سواد سلامت یا ترجیح استقلال، بدون تمرکز صریح بر توانمندسازی بود. یافته‌های گروه دوم به‌عنوان شواهد تکمیلی و با احتیاط تفسیر شدند. مشخصات مطالعات در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

از نظر جغرافیایی، ایران با ۹ مطالعه و چین با ۳ مطالعه بیشترین سهم را به خود اختصاص داداند و سایر پژوهش‌ها در کشورهای مختلف آسیایی، اروپایی و آمریکایی انجام شدند. مطالعات ایرانی عمدتا بر توانمندسازی و خودمدیریتی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن متمرکز بودند و تنها یک مطالعه توانمندسازی روانشناختی را مستقل از بیماری خاص بررسی کرد.

عوامل زمینه ساز توانمند سازی: در میان ۲۱ منبع، عوامل زمینه ساز توانمندسازی در سطوح فردی و روانشناختی، بیماری‌محور، جمعیتی–اجتماعی، فرهنگی، ارتباطی و نظام سلامت شناسایی شدند. در سطح فردی و روان‌شناختی، از دست دادن نقش و منزلت اجتماعی، احساس ناتوانی و وابستگی، انزوای اجتماعی، افسردگی، تنهایی و نگرش منفی به سالمندی از عوامل مهم بودند(۲۳، ۳۲، ۳۵).

در سطح بیماری‌محور، بار بیماری، محدودیت‌های عملکردی، وابستگی و فقدان آموزش پیشین خودمدیریتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، نیاز به توانمندسازی را افزایش می‌دادند(۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۶). همچنین، ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی–اقتصادی مانند جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و محل سکونت با خودمدیریتی و سازه‌های مرتبط با توانمندسازی ارتباط داشتند؛ به‌ویژه، سواد سلامت ناکافی در جمعیت‌های روستایی و کم‌درآمد می‌توانست مشارکت مؤثر در مدیریت سلامت را محدود کند(۲۴، ۴۲).

عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز بسته به بافت جامعه می‌توانستند توانمندسازی را تسهیل یا محدود کنند. برای نمونه، هنجارهای مرتبط با وظیفه فرزندی در تایلند ممکن بود نقش منفعل سالمندان در دریافت مراقبت را تقویت کنند، درحالی‌که در چین، روابط خانوادگی و مسئولیت‌پذیری خانوادگی از زمینه‌های مرتبط با توانمندسازی بودند(۳۷، ۴۱).

در سطح نظام سلامت و ارتباطی، پراکندگی خدمات، کمبود آموزش و نبود هماهنگی میان خدمات سلامت و اجتماعی، مشارکت سالمندان در خودمراقبتی را محدود می‌کردند(۴۰). همچنین، اعتماد به پزشک لزوما به مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری منجر نمی‌شد و گاه می‌توانست با وابستگی به تصمیم‌های ارائه‌دهنده مراقبت همراه باشد(۱۲). بنابراین، علاوه بر اعتماد، مشارکت فعال سالمند در تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز اهمیت دارد.

در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که توانمندسازی سالمندان حاصل تعامل عوامل فردی، روان‌شناختی، بیماری‌محور، اجتماعی، فرهنگی و نظام سلامت است و به افزایش دانش یا خودکارآمدی محدود نمی‌شود. همچنین، با وجود ارتباط سواد سلامت با توانمندسازی و خودمدیریتی، شواهد برای تأیید آن به‌عنوان پیش‌شرطی مستقل و ثابت کافی نیست.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۲. خلاصه مطالعات صورت گرفته در ارتباط با توانمندسازی سالمندان

گروه اول توانمندسازی به عنوان چارچوب اصلی				
عنوان	نویسنده / سال / کشور	نوع مطالعه/ نمونه و جمعیت	مفهوم الگوی توانمند سازی	یافته های کلیدی
۱.تأثیر مدل خودمدیریتی توانمندساز بر خودکارآمدی و حس انسجام سالمندان بازنشسته مبتلا به بیماری‌های مزمن	هورزاد و همکاران، ۲۰۱۸، ایران(۲۳)	کارآزمایی تصادفی کنترل شده با ۵۸ سالمند بازنشسته ساکن جامعه و دارای حداقل یک بیماری مزمن	مدل پنج مرحله‌ای خود مدیریتی توانمند ساز شامل خودآگاهی از تغیرات، هدف گذاری، برنامه ریزی، اجرا و تعدیل، و ارزیابی	عوامل زمینه‌ساز: کاهش نقش و منزلت اجتماعی و احساس بی‌قدرتی. سازوکارها: خودآگاهی، استقلال، هدف‌گذاری، مهارت آموزی، حمایت اجتماعی و پیگیری تلفنی. پیامدها: بهبود معنادار خودکارآمدی و حس انسجام در گروه مداخله.
۲.تأثیر توانمندسازی سلامت بر خودمدیریتی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن: تحلیل میانجی‌گری زنجیره‌ای	Wang و همکاران، ۲۰۲۵، چین(۲۴)	مطالعه مقطعی با تحلیل میانجی‌گری زنجیره‌ای ۸۲۶ سالمند مبتلا به حداقل یک بیماری مزمن،	بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم توانمندسازی سلامت بر خودمدیریتی، با نقش میانجی استفاده از منابع بیماری مزمن و خودکارآمدی	عوامل زمینه‌ساز: جنسیت زن، سن ۶۰ تا ۷۵ سال و سکونت شهری. سازوکارها: میانجی‌گری خودکارآمدی و استفاده از منابع بیماری مزمن، به‌صورت مستقل و زنجیره‌ای. پیامدها: اثر مستقیم و غیرمستقیم معنادار توانمندسازی سلامت بر خودمدیریتی.
۳. تأثیر برنامه توانمندسازی خودمدیریتی دیابت مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان	Sugiyama و همکاران، ۲۰۱۵، آمریکا(۲۵)	تحلیل ثانویه میانجی‌گری علی بر داده‌های کارآزمایی تصادفی شده شامل ۵۱۶ نفر؛ آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و لاتین‌تبار	آموزش خودمدیریتی دیابت مبتنی بر نظریه توانمندسازی فونل، شامل شش جلسه گروهی هفتگی همراه با آزمایش‌های شخصی؛ در گروه کنترل، سخنرانی‌های گروهی درباره موضوعات نامرتبط ارائه شد.	عوامل زمینه‌ساز: دیابت کنترل‌نشده و اقلیت‌های کم‌درآمد. سازوکارها: افزایش توانمندسازی ادراک‌شده، بدون نقش میانجی معنادار کنترل قند خون، حمایت اجتماعی یا توانمندسازی. پیامدها: بهبود مستقیم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان، مستقل از میانجی‌های بررسی‌شده.
۴. تأثیر مدل توانمندسازی خودمدیریتی بر حس انسجام سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی	موسوی‌نسب و همکاران، ۲۰۱۶، ایران (۲۶)	کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون؛ شامل ۹۶ سالمند بستری مبتلا به بیماری قلبی عروقی	اجرای مدل توانمندسازی خودمدیریتی مشابه مطالعه هورزاد و همکاران، طی حدود یک‌ونیم ماه	عوامل زمینه‌ساز: افت عملکرد قلبی‌عروقی، انفعال و کاهش کنترل بر سلامت. سازوکارها: مهارت‌آموزی، مشارکت معنوی، حفظ نقش خانوادگی، ارتباط مؤثر و پیگیری تلفنی. پیامدها: افزایش معنادار حس انسجام و ابعاد آن، به‌ویژه با نقش مقابله مذهبی و معنوی.
۵. تأثیر مدل توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون	خضری و همکاران، ۲۰۱۶، ایران(۲۷)	کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با ۶۰ سالمند مبتلا به پرفشاری خون و ساکن جامعه	مدل توانمندسازی خودمدیریتی مشابه مطالعه هورزاد و همکاران، طی حدود شش هفته، همراه با کابچه آموزشی و پیگیری تلفنی	عوامل زمینه‌ساز: پرفشاری خون کنترل‌نشده، محدودیت فعالیت و تعاملات اجتماعی و فقدان آموزش خودمدیریتی. سازوکارها: خودآگاهی، هدف‌گذاری مشارکتی، برنامه‌ریزی، آموزش و پیگیری تلفنی. پیامدها: بهبود معنادار کیفیت زندگی و بیشتر ابعاد آن، به‌جز محدودیت فعالیت.
۶. تأثیر برنامه توانمندسازی خودمدیریتی بر سالمندان روستایی مبتلا به پرفشاری خون	Shin و همکاران، ۲۰۱۶، کره جنوبی (۲۸)	مطالعه پیش‌آزمون–پس‌آزمون کنترل‌شده؛ شامل ۷۷ سالمند کشاورز روستایی ، با سابقه مصرف داروی فشار خون	برنامه ۱۲ماهه توانمندسازی خودمدیریتی مبتنی بر نظریه توانمندسازی Zimmerman شامل جلسات گروهی ۱۲هفته‌ای اصلاح سبک زندگی، تماس تلفنی فردی پرستار و جلسات پیگیری ماهانه	عوامل زمینه‌ساز: فقر روستایی، تحصیلات پایین، رژیم پرنمک و جایگزین‌دانستن فعالیت کشاورزی با ورزش. سازوکارها: هدف‌گذاری، حل مسئله گروهی، پیگیری تلفنی و جلسات نگهدارنده ماهانه. پیامدها: بهبود خودکارآمدی، خودمراقبتی، کنترل فشار خون و عملکرد کلیوی، بدون تفاوت معنادار در حمایت اجتماعی.
۷. پیش‌بینی مشارکت سالمندان در مراقبت سلامت بر اساس توانمندسازی روان‌شناختی و سواد سلامت	Sak et al / ۲۰۱۷ / سوئیس(۱۲)	پیمایش مقطعی جمعیت‌محور شامل ۸۲۶ سالمند ساکن جامعه(۴۴۴ ایتالیایی‌زبان و ۳۸۲ آلمانی‌زبان)	بررسی توانمندسازی روان‌شناختی و سواد سلامت بر اساس الگوی توانمندسازی سلامت اسکولز؛ همراه با اعتماد به پزشک، به‌عنوان پیش‌بین‌های مشارکت ترجیحی و واقعی سالمندان در تصمیم‌گیری‌های پزشکی	عوامل زمینه‌ساز: سن بالاتر، اعتماد به پزشک، تحصیلات و پیشینه زیاتی. سازوکارها: تقویت مشارکت در تصمیم‌گیری از طریق توانمندسازی روان‌شناختی و میانجی‌گری سواد سلامت. پیامدها: افزایش مشارکت واقعی سالمندان، به‌ویژه در صورت هم‌زمانی سطح بالای توانمندسازی روان‌شناختی و سواد سلامت.
۸. تأثیر برنامه سواد سلامت مشارکتی مبتنی بر جامعه بر رفتارهای سلامت و توانمندسازی سالمندان ساکن جامعه	Lin و همکاران، ۲۰۱۹، تایوان (۲۹)	طرح شبه تجربی دو گروهی پیش آزمون -پس آزمون / شامل ۱۷۲ نفر بزرگسالان ساکن جامعه	برنامه ۱۲ جلسه‌ای هفتگی با آموزش مشارکتی مهارت‌های دسترسی، درک، ارتباط، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت؛ توانمندسازی سلامت بر اساس آگاهی، شایستگی، کنترل ادراک‌شده و انگیزه برای اقدام سنجیده شد.	عوامل زمینه‌ساز: مشارکت سالمندان در شناسایی مسائل و هم‌آموزی با پژوهشگران. سازوکارها: آموزش چندبعدی سواد سلامت، هدف‌گذاری مشترک، یادگیری گروهی و تبادل دانش. پیامدها: بهبود کوتاه‌مدت رفتارهای سلامت و توانمندسازی سلامت، همبستگی مثبت سواد سلامت با توانمندسازی و ناپایداری بیشتر دستاوردها در پیگیری شش‌ماهه.
۹. رابطه سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت: نقش میانجی توانمندسازی	Shin و Lee، ۲۰۱۸، کره جنوبی(۳۰)	مطالعه مقطعی با تحلیل میانجی‌گری، شامل ۱۳۶ سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت	بررسی سواد سلامت به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و توانمندسازی دیابت به‌عنوان میانجی رابطه با چهار رفتار خودمراقبتی، بر اساس رویکرد Anderson و Funnell	عوامل زمینه‌ساز: دریافت آموزش دیابت و سطح بالاتر توانمندسازی و خودمراقبتی. سازوکارها: میانجی‌گری توانمندسازی در رابطه سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی. پیامدها: میانجی‌گری کامل در فعالیت بدنی، جزئی در رژیم غذایی و غیرمعنادار در مراقبت از پا و پایش قند خون
۱۰. تأثیر برنامه خودمدیریتی مبتنی بر الگوی A۵ بر توانمندسازی سالمندان مبتلا به دیابت	صادقی گل‌افشانی و همکاران، ۲۰۱۹، ایران (۳۱)	مطالعه نیمه تجربی با گروه آزمون و شاهد/ ۹۰ سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲	برنامه خودمدیریتی مبتنی بر الگوی A۵ شامل ارزیابی، راهنمایی، توافق بر اهداف، کمک و پیگیری، طی ۱۲ جلسه در ۱۲ هفته؛ توانمندسازی با پرسش‌نامه توانمندسازی بیماران دیابتی سنجیده شد.	عوامل زمینه‌ساز: نیاز به دیابت نوع ۲، نیاز به مدیریت مستمر بیماری و فقدان آموزش قبلی خودمدیریتی. سازوکارها: ارزیابی باورها، آموزش و راهنمایی، هدف‌گذاری مشارکتی، پایش قند خون و پیگیری چندگانه. پیامدها: بهبود معنادار توانمندسازی بیماران و اثربخشی بیشتر برنامه نسبت به گروه شاهد.
۱۱. اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی مبتنی بر توانمندسازی بر ارتقای کیفیت زندگی زنان سالمند	سلیمانی و عادلیان راسی، ۲۰۱۷، ایران (۳۲)	مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون / ۳۰ زن سالمند ساکن جامعه، ساکنان تهران به روش نمونه گیری خوشه ای	مداخله مددکاری اجتماعی گروهی مبتنی بر توانمندسازی طی ۹ جلسه، با تمرکز بر کنترل زندگی، تصمیم‌گیری، خودشناسی، اعتمادبه‌نفس، مهارت‌های حل مسئله و ارتباطی و آگاهی از منابع اجتماعی	عوامل زمینه‌ساز: توانوای اجتماعی، کاهش مشارکت و ازدست‌دادن نقش‌های اجتماعی. سازوکارها: بازنگری باورها، شناسایی توانمندی‌ها و مواقع و تمرین گروهی مهارت‌های حل مسئله و ارتباطی. پیامدها: بهبود معنادار کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی که در پیگیری نیز پایدار ماند.
۱۲. تأثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲	قاسمی آهنگری و همکاران، ۲۰۲۳، ایران(۳۳)	کارآزمایی بالینی تصادفی شده / ۹۰ سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲	برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اندرسون طی ۸جلسه، شامل آموزش دیابت و عوارض آن، سبک زندگی سالم و مهارت‌های خودمراقبتی با استفاده از سخنرانی و پمفلت.	عوامل زمینه‌ساز: کیفیت زندگی پایین‌تر در سالمندان مبتلا به دیابت. سازوکارها: آموزش ساختاریافته درباره بیماری، عوارض، سبک زندگی سالم و خودمراقبتی. پیامدها: بهبود معنادار کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل.
۱۳. تأثیر برنامه خودمدیریتی مبتنی بر خودتوانمندسازی بر خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز	فارانی و همکاران، ۲۰۲۰، ایران(۳۴)	کارآزمایی نیمه تجربی با گروه کنترل / ۹۶ سالمند مبتلا به نارسایی مرحله آخر کلیوی تحت همودیالیز نگهدارنده	برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی با تأکید بر مشارکت فعال بیمار در روند درمان؛ خودکارآمدی پیش از مداخله و چهار هفته پس از آن ارزیابی شد.	عوامل زمینه‌ساز: نارسایی کلیوی، وابستگی به همودیالیز و کاهش استقلال و خودکارآمدی. سازوکارها: مشارکت فعال بیمار در درمان و تصمیم‌گیری، در مقابل آموزش منفعلانه. پیامدها: افزایش معنادار خودکارآمدی در گروه مداخله و کاهش آن در گروه کنترل.
۱۴. تأثیر برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر رضایت از زندگی و نگرش به سالمندی زنان سالمند تهران	کرمانشاهی و همکاران، ۲۰۲۳، ایران(۳۵)	کارآزمایی نیمه تجربی پیش آزمون پس آزمون / ۲۴ زن سالمند با روش نمونه گیری در دسترس در تهران	برنامه عمومی توانمندسازی روان‌شناختی طی ۸ جلسه هفتگی مجازی، با تمرکز بر خودآگاهی، نگرش مثبت، اعتمادبه‌نفس، معناداری، رشد شخصی، استقلال، شایستگی، خودکارآمدی و احساس اثربخشی	عوامل زمینه‌ساز: نگرش منفی به سالمندی، احساس وابستگی و رضایت پایین از زندگی. سازوکارها: تقویت خودآگاهی، اعتمادبه‌نفس، استقلال، شایستگی و خودکارآمدی. پیامدها: افزایش معنادار رضایت از زندگی و بهبود نگرش به سالمندی در زنان سالمند.
۱۵. توانمندسازی سالمندان مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه: مدیریت زندگی با بیماری	فَوکیان و همکاران، ۲۰۱۷، ایران(۳۶)	مطالعه کیفی نظریه زمینه‌ای/۲۴ مصاحبه عمیق (۱۵ سالمند مبتلا به COPD ، ۵ ارائه دهنده مراقبت، ۴ مراقب خانوادگی)	استخراج مفهوم توانمندسازی به‌عنوان فرایندی تعاملی و تدریجی برای مدیریت زندگی با COPD، از طریق کدگذاری باز، محوری و انتخابی	عوامل زمینه‌ساز: تغیرات سلامتی، توانمندی‌های فردی، چالش‌های نظام سلامت و ضعف حمایت اجتماعی. سازوکارها: حفظ استقلال، همکاری خانواده، آمادگی مراقبان حرفه‌ای و اعتماد به پزشک. پیامدها: طیفی از حفظ خودکارآمدی و کنترل بیماری تا افزایش فشار بیماری و وابستگی، متناسب با شدت بیماری.
۱۶. توانمندسازی سالمندان در بستر فرهنگ چینی: تحلیل تکاملی مفهوم	ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳، چین(۳۷)	تحلیل مفهومی تکاملی / ۵۰ مقاله وارد شده (۱۷ مطالعه کمی، ۱۶ کیفی، ۱۱ ترکیبی، ۶ مرور؛ حجم نمونه ها ۱۶ تا ۸۱۲؛ سالمندان چینی	توانمندسازی به‌عنوان فرایندی برای بازاندیشی، بهره‌گیری از منابع بیرونی، غلبه بر موانع و اقدام فعالانه بر پایه توانمندی‌های فردی تعریف شد.	عوامل زمینه‌ساز: موانع جسمی و روان‌شناختی، نیاز به دانش و مسئولیت‌پذیری و محدودیت‌های مالی و اجتماعی. سازوکارها: حمایت، ارتقای دانش و مهارت، اصلاح باورها و تقویت استقلال و مشارکت فعال. پیامدها: بهبود کیفیت زندگی، کاهش بار مراقبتی، افزایش احترام و خودشکوفایی.
۱۷. تقویت توانمندسازی و رهایی سالمندان چندبیماری ساکن جامعه از طریق برنامه ویزیت در منزل	دویاریو-سائز و همکاران، ۲۰۲۴، اسپانیا (۳۸)	مطالعه کیفی هرمنوتیک گادامری/ ۳۱ نفر؛ سالمندان ساکن جامعه با چند بیماری مزمن	توانمند سازی و رهایی بخشی بر اساس رویکرد هرمنوتیکی گادامر و با بهره‌گیری از نظریه میان برد خود مراقبتی در بیماری‌های مزمن تفسیر شد و با مقیاس کمی سنجیده نشد.	عوامل زمینه‌ساز: تغیرات سلامتی، توانمندی‌های فردی، چالش‌های نظام سلامت و ضعف حمایت اجتماعی. سازوکارها: حفظ استقلال، همکاری خانواده، آمادگی مراقبان حرفه‌ای و اعتماد به پزشک. پیامدها: طیفی از حفظ خودکارآمدی و کنترل بیماری تا افزایش فشار بیماری و وابستگی، متناسب با شدت بیماری.
گروه دوم: سازه‌های مرتبط (خودمدیریتی، سواد سلامت، استقلال)				
۱۸. تأثیر خودمختاری پیمار در سالمندان مبتلا به آسم	Karamched و همکاران، ۲۰۱۸، آمریکا (۳۹)	تحلیل مقطعی داده‌های پایه کارآزمایی تصادفی شده / ۱۸۹ سالمند ساکن جامعه با آسم مزمن، از دو مرکز آموزشی	شاخص ترجیح استقلال در دو حوزه تصمیم گیری درمانی و جست و جوی اطلاعات سلامت مورد ارزیابی قرار گرفت.	عوامل زمینه‌ساز: جنس مؤنث، تحصیلات بالاتر و افسردگی کمتر با استقلال‌خواهی در تصمیم‌گیری مرتبط بودند. سازوکار: سنجش استقلال در تصمیم‌گیری و جست‌وجوی اطلاعات سلامت. پیامدها: رابطه مثبت استقلال‌خواهی با کیفیت زندگی مرتبط با آسم، بدون ارتباط معنادار با کنترل آسم، عملکرد ریوی، استفاده از خدمات سلامت یا جست‌وجوی اطلاعات.
۱۹. تأثیر برنامه مشارکت اجتماعی - سلامت مبتنی بر جامعه بر خودمراقبتی سالمندان	Bayuo و همکاران (۲۰۲۵)، هنگ کنگ (۴۰)	کارآزمایی تصادفی شده / ۷۵۵ نفراز سالمندان ساکن جامعه با بیماری های مزمن شایع	برنامه ۱۲ هفته‌ای مشارکت سلامت ـ اجتماعی با استفاده از سامانه اوماها برای هدف گذاری فردی خودمراقبتی، ارجاع و ارزیابی؛ شامل ۳ ویزیت خانگی و ۵ تماس تلفنی	عوامل زمینه‌ساز: پراکندگی خدمات سلامت و اجتماعی و نبود دستورالعمل‌های مشخص. سازوکارها: همکاری بین‌رشته‌ای پرستار و مددکار اجتماعی، هدف‌گذاری فردی خودمراقبتی و پیگیری تلفنی و خانگی. پیامدها: بهبود خودکارآمدی و عملکرد روزمره، کاهش استفاده برنامه‌ریزی‌نشده از خدمات سلامت و افزایش رضایت سالمندان.
۲۰.تأثیر آموزش مبتنی بر سالمندآموزی بر خودمدیریتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون کنترل‌نشده	Ongkulna و همکاران، ۲۰۲۲، تایلند (۴۱)	کار آزمایی تصادفی شده / ۱۰۰ سالمند ساکن جامعه با فشار خون اولیه ی کنترل نشده	برنامه آموزش خودمدیریتی مبتنی بر سالمندآموزی و یادگیری تحول آفرین، شامل ۶ جلسه بحث گروهی، معماهای فکری و بازاندیشی انتقادی	عوامل زمینه‌ساز: باورهای فرهنگی درباره وظیفه فرزندی و نقش منفعل سالمند در مراقبت. سازوکارها: بازاندیشی درباره تجربه‌ها و باورها، آموزش متناسب با سن و تمرین مهارت‌های خودمدیریتی. پیامدها: افزایش معنادار سواد سلامت، خودکارآمدی و رفتارهای خودمدیریتی در پایان مداخله و پیگیری‌های یک و سه‌ماهه
۲۱.تأثیر سواد سلامت و خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون و دیابت	Aihemaiti و همکاران، ۲۰۲۵، چین(۴۲)	مطالعه ی مقطعی/ ۵۵۶ سالمند ساکن جامعه مبتلا به فشار خون و/یا دیابت؛ جمعیت روستایی/کشاورز	بررسی ارتباط سواد سلامت، خودکارآمدی و خودمدیریتی با کیفیت زندگی	عوامل زمینه‌ساز: وضعیت اقتصادی‌اجتماعی پایین، زندگی روستایی و سواد سلامت محدود. سازوکارها: سواد سلامت به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده معنادار خودکارآمدی و خودمدیریتی. پیامدها: سواد سلامت و خودمدیریتی، کیفیت زندگی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

ویژگی‌ها و سازوکارهای توانمندسازی: یافته‌های مطالعات منتخب نشان دادند که توانمندسازی سالمندان از طریق پنج محور اصلی خودآگاهی و تغییر باورها، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی مشارکتی، آموزش و مهارت‌آموزی، مشارکت فعال در تصمیم‌گیری و حمایت مستمر شکل می‌گیرد. خودآگاهی، شناسایی توانایی‌ها و محدودیت‌ها و اصلاح باورهای ناکارآمد، زمینه پذیرش نقش فعال‌تر در مراقبت را فراهم می‌کند(۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۲). همچنین، هدف‌گذاری مشترک و برنامه‌ریزی ساختاریافته، مسئولیت‌پذیری سالمندان در مدیریت سلامت را تقویت می‌کند(۳۱، ۴۳).

آموزش مهارت‌های خودمدیریتی، خودمراقبتی، حل مسئله و استفاده از منابع سلامت از سازوکارهای اصلی توانمندسازی است؛ بااین‌حال، اثربخشی آن به مشارکت فعال سالمند و کاربرد عملی آموخته‌ها وابسته است(۳۴). افزون بر این، سواد سلامت می‌تواند در ارتباط میان توانمندسازی روان‌شناختی و مشارکت در تصمیم‌گیری نقش میانجی داشته باشد(۱۲)، و استقلال در تصمیم‌گیری نسبت به جست‌وجوی اطلاعات، ارتباط مستقیم‌تری با برخی پیامدهای اختصاصی بیماری نشان داده است(۳۹). بااین‌حال، افزایش توانمندسازی ادراک شده لزوما به بهبود همه پیامدهای سلامت منجر نمی‌شود(۲۵). پیگیری تلفنی، پیامکی و همکاری بین‌حرفه‌ای نیز در تداوم خودمدیریتی و تدوین برنامه‌های فردمحور نقش دارند(۳۰، ۴۰). شواهد کمی نشان می‌دهند که خودکارآمدی و استفاده از منابع حمایتی می‌توانند بخشی از مسیر اثرگذاری توانمندسازی بر خودمدیریتی را توضیح دهند(۲۴). همچنین، توانمندسازی ممکن است رابطه سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی را میانجی‌گری کند، هرچند این اثر در همه ابعاد خودمراقبتی یکسان نیست(۳۰، ۴۲). مطالعات کیفی نیز بر تعامل سالمند، خانواده و ارائه‌دهندگان مراقبت در شکل‌گیری توانمندسازی تأکید دارند(۳۶).

در مجموع، توانمندسازی سالمندان فرآیندی چند سطحی و تعاملی است که از خودآگاهی و تغییر باورها آغاز شده و با آموزش، مهارت‌آموزی، هدف‌گذاری مشارکتی و حمایت مستمر تقویت می‌شود. بااین‌حال، سازوکارهای آن متناسب با نوع بیماری، ویژگی‌های فردی، زمینه فرهنگی و سطح مداخله متفاوت‌اند و نیازمند رویکردهای متناسب با شرایط سالمندان هستند.

پیامدهای توانمندسازی: مطالعات منتخب، پیامدهای توانمندسازی سالمندان را در حوزه‌های روانشناختی، رفتاری، عملکردی، کیفیت زندگی، مشارکت در مراقبت و استفاده از خدمات سلامت گزارش کردند. برای جلوگیری از تعمیم بیش از حد، یافته‌های مداخله‌ای عمدتاً بر مطالعات گروه ۱ و شواهد تکمیلی بر مطالعات گروه ۲ استوار بودند.

از مهم‌ترین پیامدهای روانشناختی، افزایش خودکارآمدی، حس انسجام و احساس کنترل بر بیماری بود که در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی و نارسایی کلیه نیز مشاهده شد(۲۳، ۲۶، ۳۴). همچنین، بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی در زنان سالمند و سالمندان مبتلا به دیابت گزارش شد(۳۲، ۳۳). در سطح رفتاری، توانمندسازی با بهبود برخی رفتارهای خودمراقبتی و خودمدیریتی همراه بود؛ بااین‌حال، میزان اثرگذاری بر رفتارهایی مانند رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مراقبت از پا و پایش قند خون یکسان نبود(۳۰)، درحالی‌که در مطالعه‌ای دیگر، بیشتر بهبودهای کوتاه‌مدت تا شش ماه حفظ نشدند(۲۹). این تفاوت‌ها بر اهمیت حمایت مستمر برای حفظ دستاوردهای مداخلات تأکید دارند.

توانمندسازی همچنین با مشارکت فعال‌تر در تصمیم‌گیری پزشکی و استقلال مرتبط بود، اما این ارتباط لزوما به بهبود کنترل بیماری یا شاخص‌های فیزیولوژیک منجر نمی‌شد(۱۲، ۳۹). در سطح عملکردی و نظام سلامت نیز بهبود خودکارآمدی و فعالیت‌های روزمره، کاهش استفاده برنامه‌ریزی نشده از خدمات سلامت و افزایش رضایت گزارش شد؛ بااین‌حال، تغییرات شاخص‌های بالینی همیشه مطلوب و همسو نبودند(۳۰، ۴۰).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مطالعات کیفی و مفهومی نیز نشان دادند که پیامدهای توانمندسازی پویا و وابسته به شرایط‌اند و می‌توانند استقلال، سازگاری با بیماری، کیفیت زندگی، کاهش بار مراقبتی و خودشکوفایی را دربرگیرند؛ در مقابل، تشدید بیماری ممکن است احساس کنترل را کاهش داده و وابستگی را افزایش دهد(۳۶، ۳۷).

در مجموع، پیامدهای توانمندسازی سالمندان ابعاد روانشناختی، خودمدیریتی، استقلال، کیفیت زندگی، عملکرد روزمره و استفاده از خدمات سلامت را شامل می‌شوند. شواهد در زمینه پیامدهای روانشناختی و ادراکی منسجم‌تر از شاخص‌های بالینی بود و ماندگاری اثرات مداخلات نیز متفاوت گزارش شد. بنابراین، ارزیابی چندبعدی پیامدها و پیگیری بلندمدت برای سنجش اثربخشی پایدار توانمندسازی ضروری است.

تعدیل‌کننده‌های بافتاری و فرهنگی: یافته‌ها نشان دادند که عوامل اقتصادی–اجتماعی، جغرافیایی، فرهنگی، زبانی، مذهبی و سازمانی می‌توانند بر توانمندسازی سالمندان و اثربخشی مداخلات تأثیر بگذارند. به‌گونه‌ای که وضعیت اقتصادی نامناسب و سکونت در مناطق روستایی با خودمدیریتی و کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بود(۲۴، ۴۲). همچنین، اگرچه مداخلات در سالمندان کم‌درآمد و اقلیت‌های قومی نتایج مثبتی داشتند، تعمیم‌پذیری آن‌ها به سایر جمعیت‌ها محدود بود(۲۵).

ویژگی‌های نظام ارائه خدمات نیز اهمیت داشتند؛ به‌گونه‌ای که نگرانی‌های مربوط به حریم خصوصی و ایمنی در دوران کووید-۱۹ می‌توانست پذیرش ویزیت‌های خانگی را کاهش دهد(۴۰). همچنین، تفاوت‌های فرهنگی و زبانی، از جمله مسئولیت‌های خانوادگی در سالمندان چینی و تفاوت‌های زبانی در سوئیس، بر توانمندسازی و سواد سلامت اثر گذار بودند(۱۲، ۱۸، ۳۷).

در مطالعات ایرانی نیز فعالیت‌های مذهبی و اجتماعی از عوامل زمینه‌ای مرتبط با توانمندسازی بودند(۲۳، ۲۶). همچنین، شرایط فصلی و هم‌زمانی جمع‌آوری داده‌ها با ماه رمضان می‌توانست فعالیت بدنی و تعاملات اجتماعی سالمندان را محدود کرده و بر پیامدهای مداخلات تأثیر بگذارد(۲۷).

مقایسه ایران و سایر کشورها: در مطالعات ایرانی، توانمندسازی عمدتاً از طریق مداخلات آموزشی–مهارتی ساختاریافته و الگوهایی مانند خودمدیریتی روانی‌پور و A۵ با تمرکز بر بیماری‌های مزمن و زنان سالمند بررسی شد. در مقابل مطالعات سایر کشورها از چارچوب‌های نظری و روش‌شناختی متنوع‌تری بهره گرفتند و مطالعات مشاهده‌ای و مفهومی در آن‌ها سهم بیشتری داشتند. همچنین، حمایت خانوادگی، مذهب و معنویت در مطالعات ایرانی برجسته‌تر بود، درحالی‌که برخی مطالعات خارجی بر هنجارهای فرهنگی خانواده و موانع ساختاری خدمات سلامت و اجتماعی تأکید داشتند(۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۶، ۳۷، ۴۱).

بحث

هدف این مرور دامنه‌ای، بررسی و سازمان‌دهی شواهد موجود درباره توانمندسازی سالمندان بر اساس عوامل زمینه‌ساز، ویژگی‌ها و پیامدها بود. یافته‌ها نشان دادند که عوامل زمینه‌ساز ماهیتی چندسطحی دارند، سازوکارها بیشتر بر خودآگاهی، هدف‌گذاری، مهارت‌آموزی و تصمیم‌گیری مشترک متمرکزند و پیامدهای روان‌شناختی و ادراکی، در مقایسه با پیامدهای بالینی، منسجم‌تر گزارش شده‌اند. این ساختار سه بخشی با تحلیل مفهومی تکاملی Tsubouchi و همکاران (۲۰۲۱) همسو است و با گسترش آن به زمینه‌های فرهنگی و مداخلات متنوع‌تر، دامنه کاربرد چارچوب را توسعه می‌دهد(۱۸).

یافته‌های حاضر، ضمن تأیید نتایج مرور انتقادی Shearer و همکاران (۲۰۱۲)، نشان می‌دهند که ابهام مفهومی توانمندسازی همچنان پابرجاست؛ زیرا این مفهوم در مطالعات مختلف به عنوان فرایند، سازوکار یا پیامد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تعریف شده و مداخلات نیز به ندرت بر سازوکارهای نظری صریح استوار بوده‌اند(۱۳). هرچند برخی مطالعات، از جمله پژوهش‌های مبتنی بر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی روانی پور (۲۰۰۸)، از چارچوب مشخصی استفاده کرده‌اند، تمایز توانمندسازی از خودکارآمدی و خودمدیریتی همچنان روشن نیست. همچنین، نقش سواد سلامت در مسیر ارتباط توانمندسازی با پیامدهای سلامت، به‌ویژه نقش میانجی آن، در بسیاری از مطالعات به‌طور کامل تبیین نشده است(۱۲، ۳۹، ۴۳).

چند نکته در تفسیر یافته‌ها اهمیت دارد. نخست، انسجام بیشتر پیامدهای روانشناختی، مانند خودکارآمدی و حس انسجام، ممکن است ناشی از هم‌خوانی محتوای مداخلات با ابزارهای سنجش، اتکا به داده‌های خودگزارشی، حجم نمونه محدود و دوره پیگیری کوتاه باشد؛ بنابراین، این یافته‌ها را باید فرضیه‌ساز دانست، نه شاهد قطعی بر برتری این مداخلات. دوم، هم‌پوشانی محتوای مداخلات توانمندسازی با برنامه‌های رایج خودمدیریتی، از جمله آموزش، هدف‌گذاری و پیگیری تلفنی، تفکیک اثر اختصاصی توانمندسازی از اثر آموزش و پیگیری را دشوار می‌کند؛ به‌ویژه آنکه تنها در یک مطالعه از گروه کنترل فعال استفاده شده بود(۲۵) سوم، شواهد مربوط به میانجی‌گری توانمندسازی محدود و وابسته به پیامد بود؛ به‌گونه‌ای که توانمندسازی ادراک‌شده، اثر مداخله بر کیفیت زندگی را میانجی‌گری نکرد، درحالی‌که نقش میانجی آن در رابطه سواد سلامت و خودمراقبتی، به نوع رفتار بستگی داشت(۲۵، ۳۰). این نتایج، ضرورت بررسی مستقیم سازوکارهای اثرگذاری را نشان می‌دهند.

تعریف اجماعی سه مرحله‌ای Kayser و همکاران (۲۰۱۹)، که از طریق فرایند دلفی و با مشارکت متخصصان و سیاست‌گذاران تدوین شد، چارچوبی مکمل برای تفسیر یافته‌ها فراهم می‌کند. این تعریف بر خودآگاهی و انگیزه، سواد سلامت به عنوان پیش‌شرط و حرکت به سوی هم‌مدیریتی، آزادی انتخاب و ارتقای بهزیستی تأکید دارد. این رویکرد با یافته‌های مرور حاضر همخوان است که استقلال، سواد سلامت و خودکارآمدی را سازه‌هایی مرتبط، اما متمایز از توانمندسازی می‌دانند(۱۲، ۲۹، ۳۹، ۴۴).

در نهایت، تفاوت‌های فرهنگی و ساختاری، از جمله نقش مقابله مذهبی در ایران، هنجارهای فرزندی در تایلند و چین، تفاوت‌های زبانی در سوئیس و ساختارهای رفاهی در اسپانیا، نشان می‌دهند که توانمندسازی سالمندان فرایندی وابسته به زمینه اجتماعی و فرهنگی است و نمی‌توان آن را صرفاً ویژگی روانشناختی جهان‌شمولی در نظر گرفت. این یافته با دیدگاه Wallerstein و Bernstein (۱۹۸۸) و تأکید Zimmerman (۱۹۹۵) بر بررسی توانمندسازی در سطوح مختلف همسو است(۵، ۱۴).

پیامدهای پژوهشی و سیاست‌گذاری

محدودیت‌های جغرافیایی و فرهنگی شواهد، کمبود پیگیری بلندمدت و ناهمگونی در تعریف و سنجش توانمندسازی، ضرورت انجام پژوهش‌های متنوع‌تر، تدوین چارچوب مفهومی منسجم و بررسی پایداری پیامدها را نشان می‌دهند. همچنین، استفاده از چارچوب‌های علم اجرا مانند TDF و COM-B می‌تواند به شناسایی عوامل مؤثر بر پذیرش و تداوم مداخلات کمک کند. از نظر اجرایی، توانمندسازی سالمندان مستلزم تلفیق آموزش فردی با هماهنگی خدمات، همکاری بین‌حرفه‌ای و اصلاح ساختارهای سازمانی است. همچنین طراحی مداخلات متناسب با زمینه فرهنگی، نقش خانواده و ساختار نظام سلامت، همراه با تقویت زیرساخت‌های جامعه‌محور، برای اجرای پایدار مراقبت توانمندسازی‌محور ضروری است.

محدودیت‌های مطالعه

این مرور با محدودیت‌هایی در جست‌وجو، دسترسی به منابع، پوشش جغرافیایی و تنوع مفهومی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مواجه بود. جست‌وجو به پایگاه‌های منتخب فارسی و انگلیسی محدود شد و ۲۴ مقاله به‌دلیل عدم دسترسی به متن کامل بررسی نشدند. همچنین، محدودبودن تعداد مطالعات به ۲۱ مورد و تمرکز بخش قابل‌توجهی از آن‌ها بر ایران، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر فرهنگ‌ها و نظام‌های سلامت را کاهش داد. ناهمگونی در تعریف و سنجش توانمندسازی و هم‌پوشانی آن با مفاهیمی مانند خودکارآمدی، خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت، مقایسه یافته‌ها را دشوار کرد. افزون بر این، کیفیت روش‌شناختی مطالعات به‌طور رسمی ارزیابی نشد، فراتحلیل و ثبت قبلی پروتکل انجام نگرفت و نظر سالمندان، مراقبان و ارائه‌دهندگان خدمات نیز به‌صورت نظام‌مند بررسی نشد. ازاین‌رو، یافته‌های این مرور تصویری از گستره شواهد موجود و خلأهای پژوهشی ارائه می‌دهند و نباید به‌عنوان برآوردی قطعی از اثربخشی توانمندسازی سالمندان تفسیر شوند.

توانمندسازی رویکردی کلیدی برای ارتقای خودمدیریتی، استقلال و سواد سلامت سالمندان است. یافته‌های ۲۱ منبع از ۹ کشور، ضمن نشان‌دادن بهبود خودکارآمدی، حس انسجام و رفتارهای خودمدیریتی، بر ناهمگونی مفهومی و تفاوت در پایداری اثرات تأکید داشتند. این پیامدها تحت تأثیر زمینه فرهنگی، ساختار نظام سلامت و تعامل سالمند با ارائه‌دهندگان خدمات قرار دارند. بنابراین، توانمندسازی فرایندی چندسطحی و زمینه‌مند است که فراتر از آموزش فردی، به مشارکت سالمند، همکاری متخصصان و حمایت محیط مراقبتی نیاز دارد. تدوین چارچوب‌های مفهومی منسجم و بررسی هم‌زمان عوامل زمینه‌ای، سازوکارها و پیامدها برای طراحی رویکردهای پایدار و ارتقای استقلال و کیفیت زندگی سالمندان ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مروری بوده و شامل نمونه‌های انسانی یا حیوانی نبوده است؛ بنابراین، نیاز به دریافت کد اخلاق نداشته و اصول اخلاقی پژوهش رعایت شده است.

سپاسگزاری

از کلیه پژوهشگرانی که از مقالات ارزشمند آن ها در این مرور استفاده شد، قدردانی می‌شود.

References

1- Word Health Organization. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): Framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group. Measuring the progress and impact of the UN decade of healthy ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group2024.

2- Economic Do. World population prospects 2024: summary of results: Stylus Publishing, LLC; 2024.

3- Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). Eur J Ageing 2022;19(3):775-787 PMID: 35035341.

4- Organization World Health. Final report of the meeting convened in Ottawa, Canada, 3-6 November 2004: World Health Organization; 2005.

5- Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Educ Q 1988;15(4):379-394 PMID: 3230016.

6- Moumjid N, Durand M-A, Carretier J, Charuel E, Daumer J, Haesebaert J, etal. Implementation of shared decision-making and patient-centered care in France:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

Towards a wider uptake in 2022 2022;171:42-48 PMID: 35606309.

7- Bajeux E, Corvol A, Somme D. Integrated care for older people in France in 2020: findings, challenges, and prospects. Int J Integr Care 2021;21(S2):16 PMID: 34824565.

8- Park C, Song M, Cho B, Lim J, Song W, Chang H, etal. Effects of a multi-disciplinary approached, empowerment theory based self-management intervention in older adults with chronic illness. J Korean Acad Nurs 2015;45(2):192-201 PMID: 25947181.

9- Ferreira PM, Dias JPB, Barbosa M, Martins T, Pereira RPG, Nascimento MCd, etal. Influence of self-care on the quality of life of elderly people with chronic non-communicable diseases: A systematic review. Healthcare 2026;14(3):308 PMID: 41682158.

10- Cabezas M-F, Nazar G, Ranchor AV, Annema C. The effect of health literacy interventions on self-management in chronic diseases: a systematic review. 2025;59(1):kaaf073 PMID: 41176327.

11- Pinheiro JKS, Maximiano-Barreto MA, de Souza Orlandi F, Bas-Sarmiento P, Luchesi BM. Health literacy training for older adults: a systematic review with meta-analysis. BMC Geriatr 2026;26(699).

12- Sak G, Rothenfluh F, Schulz PJ. Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. BMC Geriatr 2017;17(1):59 PMID: 28219334.

13- Shearer NB, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment interventions for older adults. West J Nurs Res 2012;34(1):24-51.

14- Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. Am J Community Psychol 1995;23(5):581-599 PMID: 8851341.

15- Gibson CH. A concept analysis of empowerment. journal of advanced nursing. 1991;16(3):354-361 PMID: 2037742.

16- Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1996;23(2):305-313.

17- Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications. 1993.

18- Tsubouchi Y, Yorozuya K, Tainosyo A, Naito YJBg. A conceptual analysis of older adults' empowerment in contemporary japanese culture. BMC Geriatr 2021;21(1):672 PMID: 34852766.

19- Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, etal. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. JBI Evid Synth 2022;20(4):953-968 PMID: 35102103.

20- Arksey H, O'malley LJIjosrm. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Social Research Methodology 2005;8(1):19-32.

21- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Sci 2010;5(69).

22- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, etal. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

Med 2018;169(7):467-473 PMID: 30178033.

23- Hourzad A, Pouladi S, Ostovar A, Ravanipour M. The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: A randomized controlled trial. Clin Interv Aging 2018;13:2215-2224.

24- Wang T, Huang S, Liu J, Liu Y. Research on the impact of health empowerment on self-management in older patients with chronic disease: based on chain mediating effect analysis. Front Public Health 2025;13:1681312 PMID: 41195000.

25- Sugiyama T, Steers WN, Wenger NS, Duru OK, Mangione CM. Effect of a community-based diabetes self-management empowerment program on mental health-related quality of life: a causal mediation analysis from a randomized controlled trial. BMC Health Serv Res 2015;15(1):115 PMID: 25880234.

26- Musavi M, Ravanipour M, Pouladi S, Motamed N, Barekat M. The effect of self-management empowerment model on the sense of coherence among elderly patients with cardiovascular disease. Educational Gerontology 2015;42(2):150811183951004.

27- Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of self-management empowering model on the quality of life in the elderly patients with hypertension. Iranian Journal of Ageing. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016;10(4):68-79.(persian)

28- Shin DS, Kim CJ, Choi Y. Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. Aust J Rural Health 2016;24(3):213-219 PMID: 26669728.

29- Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SYD, Tsai T. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: a quasi-experimental study. Geriatr Nurs 2019;40(5):494-501 PMID: 30935677.

30- Shin KS, Lee E. Relationships of health literacy to self-care behaviors in people with diabetes aged 60 and above: Empowerment as a mediator. J Adv Nurs 2018;74(10):2363-2372 PMID: 29893030.

31- Sadeghigolafshanl M, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrisi SD, Abdolmalek EY. The effect of model-based self-management program 5a on quality of life of elderly patients with diabetes. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;14(5):37-44.(persian)

32- Salomoni F. The Effectiveness of Spiritual Intelligence Training on the Resilience of Women Heading Households in the City of Yazd. Journal of Social Work Research 2019;4(13):187-222.

33- Ahangari AG, Ilali ES, Yazdani-Charati J, Kashi Z, Hesamzadeh A. The effect of Empowerment Program on the Quality of Life Elderly People with Diabetes Type 2: A Randomized Clinical Trial Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2023;33(2):323-328.(persian)

34- Farani MM, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Davood T, Marghob B. The effect of self-management program based of self-empowerment on the self-efficacy in Elderly patients undergoing hemodialysis.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

Iranian Journal of Nursing Research 2020;15(2):37-44.

35- Kermanshahi F, ZARE BM, Heidari H, Davoodi H. Effect of a psychological empowerment program on life satisfaction and attitudes towards aging in older women living in Tehran, Iran. J Arak Uni Med Sci 2023;26(1):258-269.(persian)

36- Fotokian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi-Khoshknab M, Pourhabib A. The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: managing life with the disease. PLoS One 2017;12(4):e0174028 PMID: 28369069.

37- Zhang S, Li J, Zou J, Ai Y, Qin S, Xiao X, etal. Empowerment of the older adults in the context of Chinese culture: an evolutionary concept analysis. Front Psychol 2023;14:1271315.

38- Dobarrio-Sanz I, Chica-Pérez A, López-Entrambasaguas OM, Martínez-Linares JM, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JMJBn. Promoting the empowerment and emancipation of community-dwelling older adults with chronic multimorbidity through a home visiting programme: a hermeneutical study.Bmc Nurs 2024;23(1):444 PMID: 38943097.

39- Karamched KR, Hao W, Song PX, Carpenter L, Steinberg J, Baptist AP, etal. The impact of patient autonomy on older adults with asthma. Ann Allergy Asthma Immunol 2018;121(1):65-68. e1 PMID: 29730013.

40- Bayuo J, Kwok WYY, Wong FKY, Wong AKC, Lam KKW, Chow KKS. A community-based health social partnership programme to enhance self-care management amongst older adults: a cluster randomised controlled hybrid implementation-effectiveness study. Age Ageing 2025;54(10):afaf302 PMID: 41118397.

41- Ongkulna K, Pothiban L, Panuthai S, Chintanawat R. Enhancing self-management through Geragogy-based education in older adults with uncontrolled hypertension: A randomized controlled trial. PRIJNR [Internet] 2022;26(4):690-705 Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/259276.

42- Aihemaiti Y, Li Z, Tong Y, Ma L, Li FJEG. Influence of health literacy and self-management on quality of life among older adults with hypertension and diabetes in Northwest China. Exp Gerontol 2025;206:112776 PMID: 40334757.

43- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ, Jong A. Sense of power among older people in Iran. Educational Gerontology 2008;34(10):923-938.

44- Kayser L, Karnoe A, Duminski E, Somekh D, Vera-Muñoz CJBhsr. A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. BMC Health Serv Res 2019;19(1):242 PMID: 31014350.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]