مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره سی و یک، شماره دوازدهم، اسفند ۱۴۰۲
تاریخ دریافت:۱۴۰۲/۰۴/۲۵
تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۰۵/۰۹

طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

صفرعلی دهقانی شورکی[۱]، سمیه حسام*[۲]، رویا بیابانی خانکهدانی[۳]

مقاله پژوهشی

مقدمه: شناسایی عواملی که بر تجربه بیمار تأثیر می‌گذارند برای اجرای استراتژی‌هایی که از مشارکت بیمار حمایت می‌کنند و در نهایت به نتایج سلامت بهتری دست می‌یابند، اهمیت بالایی دارند. مطالعه حاضر با هدف ارائه مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کمی - کیفی است که به‌صورت مقطعی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص مناسب در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بر روی ۲۳۰ نفر از روسا، مدیران، مترون‌ها، سوپروایزرها، مسئولین بخش‌های بالینی و پاراکلینیکی و واحدهای ستادی بیمارستان، پرستاران و پزشکان انجام گردید. داده‌ها با استفاده از ابزار اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه محقق ساخته طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان جمع‌آوری شدند. تعیین توانایی مدل طراحی شده با در برازش به داده‌ها با روش تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 و نرم‌افزار Amos.v24 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: پرسش‌نامه طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان دارای ۸ حیطه و ۶۱ گویه یا مؤلفه می‌باشد. در مطالعه حاضر نسبت مجذور کای به درجه آزادی معنادار بود (p< ۰/۰۰۰۱) که نشان دهنده برازش مناسب مدل می‌باشد. مقدار شاخص GFI (Goodness of Fit Index) به میزان ۰/۹۳ برآورد شد که نشان می‌دهد برازش مدل مناسب می‌باشد. مقادیر GFI و AGFI (Adjusted goodness of fit index) برای مدل توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان بالاتر از ۰/۸ بود.

نتیجه‌گیری: سازمان‌ها و مراکز آموزش درمانی می‌توانند از این مدل در توانمندسازی بیماران استفاده نمایند. زمینه لازم برای ارتقاء توانمندسازی بیماران باید توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش فراهم شود.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی، بیمارستان، مدل

ارجاع: دهقانی شورکی صفر علی، حسام سمیه، بیابانی خانکهدانی رویا. **طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۲؛ ۳۱ (۱۲): ۸۰-۷۳۶۳.

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران.
۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.
۳-گروه علوم پایه ، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران.
*تلفن: ۰۹۱۲۲۲۶۸۵۳۴، پست الکترونیکی: somayehh59@yahoo.com ، صندوق پستی : ۸۴۱۵۸۴۷۴۳۳۱۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

مقدمه

تغییر تمرکز جهانی به طرف توانمندسازی بیمار و افزایش درگیر نمودن بیماران در مراقبت، نشان دهنده تاکید بر سلامتی، پیشگیری و آموزش است؛ این تغییر، گامی به‌سوی فراگیر نمودن احساس مسئولیت‌پذیری فرد در مورد بیماری خود محسوب می‌گردد (۱). امروزه توانمندسازی بیماران در چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نقش به‌سزایی دارد و مبتنی بر مشارکت فرد در روند درمان است و برای غلبه بر مشکلات، عوارض، درمان و بهبود کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارد و لازمه این امر افزایش آگاهی، تغییر نگرش و کسب مهارت‌های خودمراقبتی بیمار می‌باشد (۲). تجربه بیمار در طول بستری اغلب استرس‌زا است زیرا هر بیمار با عدم اطمینان از تغییرات در سلامت خود مواجه است. با این‌حال، محیط بیمارستان می‌تواند به عنوان محرکی برای مشارکت بیمار عمل کند، که به موجب آن بیماران به‌عنوان شرکت‌کنندگان فعال در مراقبت‌های بهداشتی مداوم خود ادغام می‌شوند (۳). شناسایی عواملی که بر تجربه بیمار تأثیر می‌گذارند برای اجرای استراتژی‌هایی که از مشارکت بیمار حمایت می‌کنند و در نهایت به نتایج سلامت بهتری دست می‌یابند، مهم است. با هدف بهبود مشارکت بیمار، حرکت به سمت مراقبت بیمار محور به دنبال رسیدگی به عواملی مانند هماهنگی مراقبت، ارتباط و مشارکت خانواده و دوستان است که بر تجربه بیمار تأثیر می‌گذارد (۴).

طراحی یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی برای درک اینکه چگونه بیماران می‌توانند احساس مالکیت با سلامت خود را تجربه کنند و روابط قوی‌تری با ارائه‌دهندگان خود ایجاد کنند، اهمیت بالایی دارد (۵). با توجه به استرس‌های محیطی و شخصی که بیماران در بیمارستان‌ها با آن‌ها مواجه هستند، به‌نظر می‌رسد آموزش‌های صحیح با روش‌های مناسب بسیاری از نگرانی‌های آن‌ها را برطرف کرده و به آن‌ها این احساس را می‌دهد که کنترل بیشتری بر سلامت و بیماری خود دارند (۶). در طول بستری بیماران در بیمارستان، دسترسی ضعیف به اطلاعات شخصی، موانع ارتباطی و عدم اطمینان عواملی هستند که بیماران را مستعد اضطراب می‌کنند (۷). با فراهم کردن توانمندسازی بیماران، ممکن است با کمک به بیماران و خانواده‌هایشان در درک بهتر مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنند و هم‌چنین تجربه بستری شدن در بیمارستان، به کاهش بخشی از این اضطراب کمک شود (۸). مطالعاتی در زمینه توانمندسازی بیماران در طول بستری شدن در بیمارستان انجام شده است، از جمله مطالعه مک آلرنیMcAlearney و همکاران (۲۰۱۹) و لاسال LaSalle و همکاران (۲۰۱۰)، جروفکه اوون-Jerofke Owen و همکاران (۲۰۱۸) انجام شده است (۱۱-۹)، ولی اختصاصا تاکنون پژوهشی که به طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان پرداخته باشد، انجام نشده است. فقدان یک مطالعه جامع و مدل مدار که شامل تمام جنبه‌های توانمندسازی بیمار باشد و از سوی دیگر ضرورت فعالیت و مشارکت کامل و آگاهانه بیمار و خانواده ایشان در فرآیند و برنامه درمانی خود که هر روز بیش از پیش احساس می‌شود (۱۲)، انگیزه انجام مطالعه حاضر را برای ارزیابی جامع متغیرها و عناصر مورد نیاز و موثر در توانمندسازی بیماران دوچندان نمود تا به طراحی و ارائه مدل در این زمینه دستیابی پیدا کند و هم‌چنین با توجه به جایگاه توانایی و تمایل بیمار و خانواده ایشان در مشارکت و همراهی درمان بیماری به خصوص در مدت زمانی که در بیمارستان بستری و تحت درمان می باشد و موثر بودن درمان زمانی بهتر و آسان‌تر و موثرتر محقق خواهد شود که علاوه بر تشخیص درست با حمایت، همکاری و آگاهی بیشتر بیمار همراهی گردد که در صورت حصول این مهم کاهش هزینه‌ها، رضایت‌مندی و بهره‌وری بیشتر حاصل خواهد شد و یکی از ارکان مهم توانمند نمودن و توانمند بودن بیمار و خانواده ایشان به‌صورت علمی و عملی در طی درمان و دیگر موقعیت‌ها است که با یک مدلی جامع در زمینه توانمندسازی، عملیاتی خواهد شد. در مطالعه حاضر این مدل با توجه به عوامل مرتبط و نتایج حاصل ارائه شده است؛ در واقع در مدلی توانمندسازی مفاهیم زیادی مستتر است که قابل بررسی می‌باشند؛ هدف از مطالعه حاضر تعیین و ارائه مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

روش‌بررسی

مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی بوده که یک مطالعه ترکیبی، کمی - کیفی می‌باشد و روش انجام آن از نوع توصیفی است. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه افراد شاغل در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که دارای پست سازمانی می‌باشند (جامعه ۴۸۰۰ نفری)، بودند. تعداد نمونه ۲۳۰ نفر از جامعه ۴۸۰۰ نفری، با توجه به طبقه‌بندی جامعه (۱۲ بیمارستان) از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص مناسب بر اساس تعداد کارکنان هر بیمارستان صورت گرفته است و شامل روسا، مدیران، مترون‌ها، سوپروایزرها، مسئولین بخش‌های بالینی و پاراکلینیکی و واحدهای ستادی بیمارستان، پرستاران و پزشکان شاغل در آن بیمارستان‌ها می‌باشد (جدول ۱).

حداقل تعداد نمونه لازم در پژوهش حاضر با استفاده از رابطه زیر ۲۳۰ نفر تعیین گردید.

$$r = 0.148$$

$$\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$\beta = 0.10 \Rightarrow z_{1-\beta} = 1.28$$

$$n \geq \left[\frac{\left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}\right)}{0.5 \times \ln\left[(1+r)/(1-r)\right]} \right]^2 + 3$$

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط، چهار مرحله زیر استفاده شد:

۱- **استخراج عناوین و نهایی کردن آن‌ها:** در این مرحله محقق با مطالعه مرور نظام‌مند بین سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۳ در پایگاه‌های بین‌المللی PubMed، Web of Science، Scopus، Science Direct، Web of Knowledge، EBSCO، Wiley، ISI، Elsevier، پایگاه‌های اطلاعاتی Embase و موتور جستجوی Google Scholar با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با عنوان مطالعه " empowerment model "، " empowerment model " و محدود به کشور انگلستان، به بررسی دقیق متون، دستورالعمل‌ها، مشاهده اسناد پرداخت و با مصاحبه جهت تکمیل اطلاعات از خبرگان و صاحب‌نظران راهنمایی و اطلاعات لازم کسب نمود و در مرحله مطالعه تطبیقی توانمندسازی بیماران بستری در ایران با کشور انگلستان، محقق با توصیف و تبیین نقاط اشتراک و نقاط اختلاف عوامل مهم و موثر را استخراج نمود.

۲- **شناسایی ابعاد و اولویت‌بندی:** مرحله شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مربوط و موثر با توانمندسازی بیماران بستری: محقق در یک مطالعه کیفی و به‌صورت مصاحبه از یک جامعه آماری که از خبرگان و صاحب‌نظران بود ابعاد مهم را شناسایی و هم‌چنین با عوامل مهمی که از وضعیت موجود و مطالعه تطبیقی به‌دست‌آمده اشتراک‌گذاری نموده و برای اولویت‌بندی از روش‌های آماری و روش‌های کیفی اولویت‌بندی استفاده نمود. در این مرحله پرسش‌نامه طراحی الگوی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان طراحی شد و سپس در اختیار ۲۳۰ نفر از روسا، مدیران، مترون ها، سوپروایزرها، مسئولین بخش‌های بالینی و پاراکلینیکی و واحدهای ستادی بیمارستان، پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد قرار داده شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS version 16 شد و با استفاده از آزمون‌های آماری و روش‌های کیفی اولویت‌بندی انجام گرفت.

۳- **مرحله طراحی الگو:** در این مرحله با استفاده از نتایج مرحله اول مشاهده و استخراج کدهای مصاحبه، قوانین و دستورالعمل‌ها، مطالعه تطبیقی و همچنین نتایج مرحله دوم و تبیین و توصیف نقاط مشترک و اختلاف و کشف پدیده‌ها و با داشتن عوامل مهم از مطالعه تطبیقی و شناسایی عوامل جدید از طریق مصاحبه با خبرگان و صاحب‌نظران و اولویت‌بندی آن‌ها از روش‌های آماری معمول و پیداکردن ارتباط منطقی الگوی مربوط، پژوهشگر مدلی را ترسیم نمود و دو پژوهشگر دیگر با بررسی جداگانه مدل و رفع خطاها به جمع‌بندی و رفع اختلافات ابعاد مدل پرداختند و طراحی و طبقه‌ها و زیر طبقه‌ها به ترتیب الویت‌بندی گزارش شد (شکل ۱).

۴- **تایید مدل:** تعیین توانایی مدلی طراحی شده با در برازش به داده‌ها با روش تحلیل عاملی تاییدی انجام شد.

گردآوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از ابزار دوبخشی: الف- ابزار اطلاعات دموگرافیک و ب- پرسش‌نامه طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان انجام گرفت.

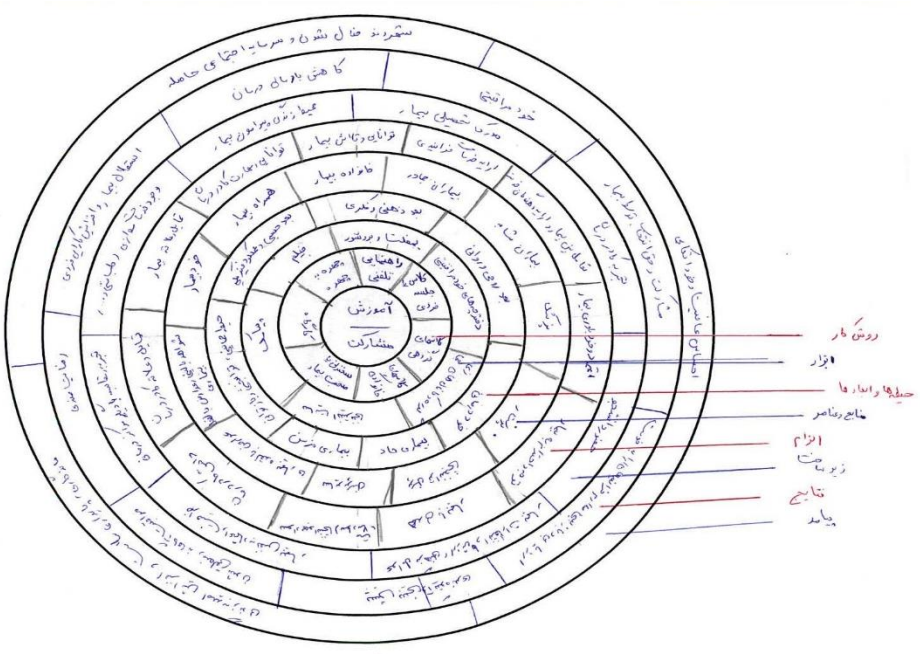
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: عنوان شغل فعلی شرکت‌کنندگان در پژوهش

عنوان شغل	تعداد (درصد)
مسئول فنی بخش	۱۷ (۷/۴)
پزشک بخش	۱۱ (۴/۸)
سرپرستار	۳۹ (۱۷)
بهیار	۳ (۱/۳)
پرستار	۸۲ (۳۵/۷)
سوپروایزر	۲۲ (۹/۶)
منشی	۴ (۱/۷)
رییس بیمارستان	۳ (۱/۳)
مدیر بیمارستان	۱ (۰/۴)
مترون بیمارستان	۳ (۱/۳)
توانبخش	۲ (۰/۹)
تغذیه	۱۳ (۵/۷)
مددکار	۲ (۰/۹)
روانشناس	۵ (۲/۲)
آموزش	۷ (۳)
بهبود کیفیت و ایمنی	۱۳ (۵/۷)
هوشبر	۳ (۱/۳)
جمع	۲۳۰ (۱۰۰)



شکل ۱: طراحی الگو

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

ابزار جمعیت‌شناختی: این ابزار پژوهشگر ساخته است که شامل اطلاعات سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار در نظام سلامت، عنوان شغلی فعلی، سابقه بستری در بیمارستان، ارتباط مستقیم با بیمار می‌باشد.

پرسش‌نامه طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان: پرسش‌نامه طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان دارای ۸ حیطه و ۶۱ گویه یا مؤلفه می‌باشد. حیطه‌ها عبارت‌اند از منابع و عناصر (۱۱ گویه)، حیطه‌ها ابعاد (۷ گویه)، زیرساخت‌ها/ محیط و اجتماع (۸ گویه)، ویژگی‌ها/الزام‌ها/پیش‌نیازها (۱۱ گویه)، نتایج (۸ گویه)، پیامد (۳ گویه)، ابزار (۶ گویه) و روش کار (۷ گویه). امتیاز هر گویه به روش لیکرت به‌صورت ۵ درجه‌ای، خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) در نظر گرفته شد.

روایی پرسش‌نامه طراحی مدلی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان: در ابتدا پس از مروری بر مطالعات پیشین و مقالات مرتبط با توانمندسازی بیماران، هشت مؤلفه استخراج (منابع و عناصر، حیطه‌ها و ابعاد، زیرساخت‌ها/ محیط و اجتماع، ویژگی‌ها/الزام‌ها/پیش‌نیازها، نتایج، پیامد، ابزار و روش کار) و ۱۸۰ گویه استخراج شدند. در بررسی روایی صوری از دو روش کمی و کیفی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی در یک پانل ۱۰ نفره خبرگان برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام - عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات انجام گرفت که نظرات آنان به‌صورت حذف و تغییراتی در محتوا اعمال شد و در نهایت ۷۰ گویه حذف شدند و ۱۰۱ گویه باقی ماند. در بررسی کیفی روایی محتوا از ۱۰ نفر از خبرگان درخواست شد پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به‌صورت کتبی ارائه نمایند. هم‌چنین تاکید شد که در ارزیابی کیفی روایی محتوا، موارد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سؤالات، قرارگیری سؤالات در جای مناسب خود، زمان تکمیل ابزار طراحی شده را مدنظر قرار دهند، پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در ابزار موردتوجه قرار گرفت و ۱۱ گویه حذف شد و ۹۰ گویه باقی ماند. سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (گویه) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و برای اطمینان از اینکه سؤالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (Content validity index) استفاده شد. جهت تعیین روایی محتوایی پرسش‌نامه، به ۱۰ نفر از خبرگان ارسال و از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از ۹۰ گویه ابزار به‌صورت «ضروری است»، «ضروری نیست؛ ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، پاسخ دهند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول CVR (Content Validity) محاسبه و با جدول Lawshe انطباق داده شد (۱۳). اعداد بالاتر از ۰/۵۹ مورد قبول واقع شد. ۲۴ گویه مجدد حذف شد و ۶۶ گویه باقی ماند.

پس از تعیین و محاسبه CVR، بررسی CVI (Content Validity Index) بر اساس شاخص روایی محتوای Waltz and Basel (۱۰) صورت گرفت. بدین منظور مجدداً پرسش‌نامه جهت محاسبه CVI به ۱۰ نفر از خبرگان داده شد و از آنان خواسته شد که در مورد هر یک از ۶۶ سؤال، سه معیار زیر را بر اساس طیف لیکرتی چهارقسمتی اظهارنظر نمایند: مربوط بودن، ساده‌بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱: غیرمرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط و ۴: کاملاً مرتبط). بدین منظور امتیاز CVI به‌وسیله مجموع امتیازات موافق برای هر آیتم که رتبه ۳ و ۴ (بالاترین نمره) کسب کرده‌اند بر تعداد کل رأی‌دهندگان محاسبه شد. در این مطالعه با استفاده از فرمول CVI شاخص روایی محتوا محاسبه شد (۱۴). پذیرش آیتم‌ها براساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود. در نهایت ۵ گویه حذف شدند و ۶۱ گویه برای طراحی الگوی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تایید شد. برای تعیین کمی روایی صوری، Impact score هر سؤال محاسبه شد. ابتدا برای هریک از ۶۱ آیتم ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی در نظر گرفته شد: خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵). سپس پرسش‌نامه جهت تعیین روایی در اختیار ۲۰ نفر از ارائه دهندگان خدمات قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط گروه هدف، با استفاده از فرمول روش تأثیر آیتم، روایی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

صوری محاسبه شد. (Impact Score=Frequency(%)×Importance). پذیرش آیتم‌ها بر اساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود.

برای محاسبه قابلیت اعتماد پرسش‌نامه از شیوه و فرمول آلفا کرونباخ استفاده شده است. به‌منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه " طراحی الگوی توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان " نمونه‌ای متشکل از ۳۱ نفر از خبرگان، پرسش‌نامه مورد نظر را تکمیل کردند. در این روش برای محاسبه هماهنگی درونی پرسش‌نامه، ضریب آن برای کل گویه‌ها محاسبه گردیده است (جدول ۲). بررسی پایایی گویه‌های پرسش‌نامه نشان داده است که گزاره‌های هم طیف، همبستگی بالایی داشتند. مقدار آلفای بالای ۰/۷ نشانگر پایایی مناسب پرسش‌نامه است (جدول ۳). برای تحلیل عاملی تأییدی از معیار KMO و آزمون بارتلت استفاده شد (جدول ۴). همان گونه که مشاهده می‌شود مقدار KMO نزدیک به ۰/۵ نشانگر نسبتاً مناسب‌بودن روایی است و مقدار معناداری نیز کمتر از ۰/۰۵ بیانگر مناسب‌بودن گویه‌های استخراج شده از مؤلفه منابع متشکل از سؤالات در نظر گرفته شده می‌باشد. در این مورد احتمالاً با تغییر جزئی سؤالات و مرتبط‌تر شدن گویه‌ها با مؤلفه منابع روایی نیز افزایش داشته باشد.

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version 16 و Amos.V24 استفاده شد. تحلیل عاملی، آزمون بارتلت، آزمون KMO برای گروه‌بندی گویه‌ها و مؤلفه‌ها استفاده شد. در مطالعه حاضر برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تاییدی از شاخص‌های x2، میانگین مجذور پس ماندها RMR، شاخص برازندگی GFI، شاخص تعدیل برازندگی AGFI، شاخص نرم شده برازندگی NFI، شاخص نرم نشده برازندگی NNFI، شاخص برازندگی فزاینده IFI، شاخص برازندگی تطبیقی CFI و شاخص بسیار مهم RMSEA استفاده شد. داده‌های رتبه‌ای و اسمی با فراوانی و نسبت گزارش شدند و داده‌ها کمی با میانگین و انحراف معیار گزارش شدند. از آزمون فریدمن برای رتبه بندی ابعاد هر حیطه استفاده شد. برای ترسیم مدلی نهایی و تحلیل عاملی تاییدی از نرم‌افزار Amos.V24 استفاده شد.

جدول ۲: ضریب آلفا کرونباخ متغیرها

	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
گویه‌های پرسش‌نامه	۶۱	۰/۹۴۷

جدول ۳: بررسی پایایی به تفکیک مؤلفه‌های مشخص شده در پرسش‌نامه

مؤلفه‌ها	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
منابع و عناصر	۱۱	۰/۷۶۰
حیطه‌ها و ابعاد	۷	۰/۸۵۸
زیرساخت‌ها/ محیط و اجتماع	۸	۰/۶۷۷
ویژگی‌ها/الزام‌ها/پیش‌نیازها	۱۱	۰/۹۲۰
نتایج	۸	۰/۸۴۶
پیامد	۳	۰/۷۷۰
ابزار	۶	۰/۸۸۷
روش کار	۷	۰/۶۶۶

همان‌طور که در جدول فوق مشخص است، همه مؤلفه‌ها دارای پایایی مناسبی هستند. مقدار بین ۰/۵ تا ۰/۶ نشان‌دهنده مناسب‌بودن نسبی پایایی و مقادیر بالای ۰/۷ نشان‌دهنده پایایی بسیار مناسب است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

جدول ۴: معیار KMO و آزمون بارتلت

KMO and Bartlett's Test			
منابع و عناصر	معیار KMO		۰/۹۴۲
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۱۵۱/۹۵
		درجه آزادی	۵۵
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
حیطه‌ها و ابعاد:	معیار KMO		۰/۷۶۴
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۱۰۷/۹۲
		درجه آزادی	۲۱
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
زیرساخت‌ها/محیط و اجتماع	معیار KMO		۰/۵۷۰
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۸۱/۹۳
		درجه آزادی	۲۸
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
ویژگی‌ها/ الزام/ پیش‌نیاز	معیار KMO		۰/۶۹۹
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۲۸۷/۶۲
		درجه آزادی	۵۵
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
نتایج	معیار KMO		۰/۶۸۴
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۱۶۵/۹۶
		درجه آزادی	۲۸
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
پیامد	معیار KMO		۰/۵۷۰
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۳۵/۰۵
		درجه آزادی	۳
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
ابزار	معیار KMO		۰/۷۹۳
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۱۴۱/۹۶
		درجه آزادی	۱۵
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰
روش کار	معیار KMO		۰/۵۲۶
	آزمون بارتلت	خی دو تقریبی	۷۱/۷۱
		درجه آزادی	۲۱
		مقدار معناداری	۰/۰۰۰

نتایج

جدول ۵، اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر را نشان می‌دهد. از آزمون فریدمن برای رتبه‌بندی حیطه‌ها استفاده شد. آزمون فریدمن نشان داد که اهمیت و رتبه هر یک از ابعاد مطرح شده در مورد توانمندسازی بیمار بستری در بیمارستان با یکدیگر متفاوت است ($p<۰/۰۰۵$)؛ با این‌حال اهمیت و رتبه هر یک از ابعاد مطرح شده در حیطه پیامد با یکدیگر یکسان بود ($p=0/465$). مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در حیطه منابع و عناصر به ترتیب، پرستار، پزشک، خود بیمار می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۸/۷۸، ۸/۲۶ و ۷/۴۰ است؛ کمترین اهمیت را بیماران مجاور در توانمندسازی بیمار بستری در بیمارستان با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

میانگین رتبه ۳/۵۳ دارند. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در قسمت حیطه‌ها و ابعادها به ترتیب، بیماری حاد، ابعاد روحی و روانی بیمار، و ابعاد ذهنی و فکری بیمار می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۴/۷۸، ۴/۴۰ و ۴/۱۲ است؛ کمترین اهمیت را خوددرمانی بیمار با میانگین رتبه ۳/۰۷ داشت. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در حیطه زیرساخت‌ها/ محیط و اجتماع به ترتیب، تجربه کادر درمان بیمارستان، محیط زندگی پیرامون بیمار، و ظرفیت و اعتماد به نفس بیمار می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۵/۵۶، ۵/۲۲ و ۵/۰۹ است؛ کمترین اهمیت را وجود خدمات موازی قابل دسترس با میانگین رتبه ۳/۰۶ دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در حیطه ویژگی‌ها/الزام‌ها/پیش‌نیازها به ترتیب، تمایل و علاقه‌مندی کادر درمان، دانش کادر درمان، و توانایی و مهارت کادر درمان می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۷/۶۱، ۷/۳۲ و ۶/۹۳ است؛ کمترین اهمیت را اعتماد و خودباوری بیمار با میانگین رتبه ۴/۶۶ دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت ترین ابعاد در حیطه نتایج به ترتیب، ارزیابی و بازبینی مداوم و مناسب فرایند ارائه خدمات به بیمار، خودمراقبتی، و مدیریت هزینه‌ها می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۵/۱۲، ۴/۹۹ و ۴/۷۵ است؛ کمترین اهمیت را پیش‌بینی و آینده‌نگری بیمار با میانگین رتبه ۳/۷۷ دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در حیطه ابزار به‌ترتیب، استفاده از فیلم، پمفلت و بروشور، و دفترچه‌های خودمراقبتی می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۴/۷۶، ۴/۰۶ و ۴/۰۳ است؛ کمترین اهمیت را سایت‌های اینترنتی با میانگین رتبه ۳/۸۶ دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که پراهمیت‌ترین ابعاد در حیطه روش کار به ترتیب، آموزش چهره‌به‌چهره، برگزاری کارگاه، کلاس‌های خانوادگی و کلاس‌های گروهی می‌باشند که میانگین رتبه این ابعاد به ترتیب ۵/۳۲، ۴/۱۵، ۴/۱۲ و ۴/۰۶ است؛ کمترین اهمیت را سخنرانی (صحبت) بیمار با میانگین رتبه ۳/۱۰ دارد.

برازش مدل: در مطالعه حاضر نسبت مجذور کای به درجه آزادی معنادار بود ($p<0/001$) و مقدار کای دو تقسیم بر درجه آزادی برابر با ۲/۴۰ بود که نشان دهنده برازش مناسب مدل می‌باشد. مقدار شاخص GFI به میزان ۰/۹۳ برآورد شد که نشان می‌دهد برازش مدل مناسب می‌باشد. مقادیر GFI و AGFI برای مدل توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان بالاتر از ۰/۸ بود (هر چه به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است) که تایید کننده نتایج آزمون کای دو هستند. مقدار RMR ۰/۱۰۷ به‌دست آمد (مدل آزمون به صفر نزدیکتر باشد، برازش بهتری دارد) که نشان‌دهنده تبیین مناسب کوواریانس‌هاست. مقادیر بالای ۰/۸ برای شاخص NFI و NNFI و مقادیر بالای ۰/۰۹ برای شاخص‌های IFI و CFI حاکی از برازش بسیار مناسب مدل طراحی شده می‌باشد (جدول ۶). شاخص RMSEA ریشه میانگین مجذورات تقریب است. این شاخص برای مدل‌های خوب ۰/۰۵ و کمتر است. مدلی که در آن این شاخص ۰/۱۰ یا بیشتر باشد، برازش ضعیفی دارد. مقدار بسیار ناچیز این شاخص برای مدل تحلیل عاملی تاییدی مدل مولفه‌های لازم برای توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان مورد استفاده در مطالعه حاضر نشان دهنده برازش نسبتاً مناسب و طراحی مناسب طرح مطالعه است (جدول ۶). شاخص‌های مورد نظر با مقدار t نشان داده شده در جدول ۳، معنادار بودند ($p<۰/۰۰۱$). تمام نشانگرها دارای بارهای عاملی معناداری بر روی سازه‌های مربوط به خود هستند. به‌طور کلی، نتیجه آنکه در سطح عاملی نخست نشانگرها دارای تعامل معنادار با سازه‌های خود هستند و تمام شاخص‌ها را می‌توان برای سنجش این طرح معتبر دانست. به ارتباط بین عامل‌ها ضریب گاما اطلاق می‌شود. در جدول ۷، مقادیر بارهای عاملی بین سازه‌ها نشان داده شده است. بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی حیطه‌های مورد مطالعه در مدل توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان اثر خود را به شکل معناداری نشان می‌دهند. لذا ساختار مدل حاضر با توجه به معناداری هر ۶۱ گویه تشکیل دهنده هشت حیطه در مدل تحقیق دارای زیربنای قابل قبولی برای قبول ارتباط بین گویه‌ها از نظر آماری است (شکل ۲).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

جدول ۵: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)
سن	کمتر از ۳۰ سال	۹ (۳/۹)
	۳۱-۴۰	۶۱(۲۶/۵)
	۴۱-۵۰	۱۵۱(۶۵/۷)
	۵۱-۶۰	۹(۳/۹)
جنسیت	مرد	۳۹ (۱۷)
	زن	۱۹۱ (۸۳)
وضعیت تاهل	مجرد	۲۹(۱۲/۶)
	متاهل	۲۰۱(۸۷/۴)
مدرک تحصیلی	کمتر از دیپلم	۰
	دیپلم	۰
	فوق دیپلم	۱ (۰/۴)
	لیسانس	۱۲۹ (۵۶/۱)
	فوق لیسانس	۶۹ (۳۰)
	متخصص	۲۹ (۶/۱۲)
	فلوشیپ یا فوق تخصص	۲ (۰/۹)
سابقه کار	زیر شش سال	۱۸ (۷/۸)
	۶ -۱۰	۲۴ (۱۰/۴)
	۱۱ -۱۵	۸۲ (۳۵/۷)
	۱۶ -۲۰	۳۸ (۱۶/۵)
	۲۱ -۲۵	۵۰ (۲۱/۷)
	۲۶ -۳۰	۱۸ (۷/۸)
سابقه کار در بیمارستان	زیر شش سال	۲۰ (۸/۷)
	۶ -۱۰	۲۳ (۱۰)
	۱۱ -۱۵	۸۳ (۳۶/۱)
	۱۶ -۲۰	۴۳ (۱۸/۷)
	۲۱ -۲۵	۴۸ (۲۰/۹)
	۲۶ -۳۰	۱۳ (۵/۷)
عنوان شغل	مسئول فنی بخش	۱۷ (۷/۴)
	پزشک بخش	۱۱ (۴/۳)
	سرپرستار	۳۹ (۱۷)
	بهیار	۳ (۱/۳)
	پرستار	۸۲ (۳۵/۷)
	سوپروایزر	۲۲ (۹/۶)
	منشی	۴ (۱/۷)
	رییس بیمارستان	۳ (۱/۳)
	مدیر بیمارستان	۱ (۴)
	مترون بیمارستان	۳ (۱/۳)
	توانبخش	۲ (۹)
	تغذیه	۱۳ (۵/۷)
	مددکار	۲ (۹)
	روانشناس	۵ (۲/۲)
	آموزش	۷ (۳)
	بهبود کیفیت و ایمنی	۱۳ (۵/۷)
	هوشبر	۳ (۱/۳)
ارتباط مستقیم با بیمار	بله	۲۰۱ (۸۷/۴)
	خیر	۲۹ (۶/۱۲)

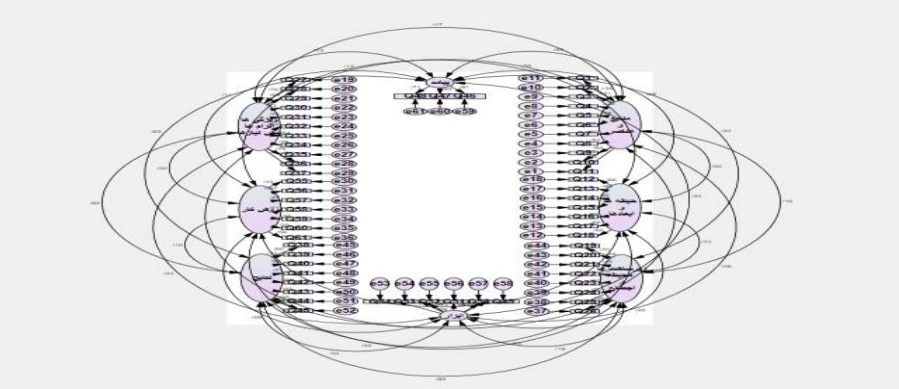
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

جدول ۶: شاخص های برازندگی مدل تحلیل عاملی تائیدی در مدلی ارائه شده (n=230)

شاخص	معیارها	مقدار گزارش شده
مجذور کای به درجه آزادی	۴۰/۲، سطح معناداری: ۰/۰۰۲	
میانگین مجذور پس ماندهاRMR	بین صفر و یک	۰/۱۰۷
شاخص برازندگی GFI	> ۰/۸۵	۰/۸۹۲
شاخص تعدیل برازندگی AGFI	> ۰/۸۰	۰/۸۳
شاخص نرم شده برازندگی NFI	> ۰/۸۰	۰/۸۴
شاخص نرم نشده برازندگیNNFI	> ۰/۸۰	۰/۸۱
شاخص برازندگی فزاینده IFI	> ۰/۹۰	۰/۹۱
شاخص برازندگی تطبیقی CFI	> ۰/۹۰	۰/۹۱
RMSEA	< ۰/۸۰	۰/۰۳۲



شکل ۲: بارهای عاملی استاندارد شده به همراه سطح معناداری مدل

جدول ۷: بارهای عاملی استاندارد شده به همراه سطح معناداری (معناداری در سطح اطمینان ۹۵٪، خطای ۰/۰۵)

حیطه ها	علامت در مدل	P-value	t	انحراف استاندارد	بارهای عاملی استاندارد شده	α	Pc
حیطه منابع و عناصر	Q11				۱/۰۰	۰/۹۱	۰/۸۳
	Q10	<۰/۰۰۱	۱۲/۴۸۲	۰/۰۷۱	۰/۸۸		
	Q9	<۰/۰۰۱	۱۱/۶۵۲	۰/۰۷۶	۰/۸۸		
	Q8	<۰/۰۰۱	۱۱/۹۰۵	۰/۰۵۴	۰/۶۳		
	Q7	<۰/۰۰۱	۱۱/۰۲۶	۰/۰۷۶	۰/۸۴		
	Q6	<۰/۰۰۱	۸/۴۲۷	۰/۰۵۵	۰/۴۶		
	Q5	<۰/۰۰۱	-۴/۷۲۶	۰/۰۷۲	-۰/۳۴		
	Q4	<۰/۰۰۱	-۴/۹۵۵	۰/۰۸۵	-۰/۴۲		
	Q3	۰/۰۲۲	-۱/۵۴۸	۰/۰۸۳	-۰/۱۲		
	Q2	<۰/۰۰۱	-۳/۵۲۶	۰/۰۶۸	-۰/۲۳		
	Q1	<۰/۰۰۱	-۶/۰۲۶	۰/۰۷۴	-۰/۴۴		

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

حیطه‌ها و ابعادها	Q18				۱/۰۰	۰/۸۳	۰/۷۱
	Q17	<۰/۰۰۱	۷/۴۵	۰/۱۹۵	۱/۴۵		
	Q16	۰/۰۱۶	۱/۳۲	۰/۱۶۰	۰/۲۱		
	Q15	<۰/۰۰۱	۷/۵۵	۰/۲۳۷	۱/۷۸		
	Q14	<۰/۰۰۱	۸/۷۵	۰/۲۴۱	۲/۱۱		
	Q13	<۰/۰۰۱	۸/۷۱	۰/۲۳۹	۲/۰۸		
	Q12	<۰/۰۰۱	۷/۴۷	۰/۱۴۹	۱/۱۱		
ویژگی‌ها/الزام‌ها/پیش‌نیازها	Q27				۱/۰۰	۰/۷۹	۰/۶۸
	Q28	<۰/۰۰۱	۱۱/۷۱	۰/۰۷۳	۰/۸۵		
	Q29	<۰/۰۰۱	۱۲/۱۴	۰/۰۷۰	۰/۸۵		
	Q30	<۰/۰۰۱	۱۲/۶۲	۰/۰۶۵	۰/۸۱		
	Q31	<۰/۰۰۱	۱۲/۹۹	۰/۰۵۳	۰/۶۹		
	Q32	<۰/۰۰۱	۹/۱۱	۰/۰۵۴	۰/۴۹		
	Q33	<۰/۰۰۱	۹/۱۶	۰/۰۵۵	۰/۵۰		
	Q34	<۰/۰۰۱	۱۳/۸۱	۰/۰۶۴	۰/۸۸		
	Q35	<۰/۰۰۱	۱۳/۰۸	۰/۰۸۸	۱/۱۴		
	Q36	<۰/۰۰۱	۱۶/۴۸	۰/۰۶۲	۱/۰۲		
	Q37	<۰/۰۰۱	۱۱/۶۵	۰/۰۷۷	۰/۸۹		
روش کار	Q55				۱/۰۰	۰/۹۱	۰/۸۳
	Q56	<۰/۰۰۱	۶/۴۶	۰/۷۱۸	۴/۶۳		
	Q57	<۰/۰۰۱	۶/۰۹	۰//۳۶۸	۲/۲۴		
	Q58	<۰/۰۰۱	۵/۲۲	۰/۲۲۳	۱/۱۶		
	Q59	<۰/۰۰۱	۴/۹۴	۰/۲۸۲	۱/۳۹		
	Q60	<۰/۰۰۱	۳/۴۴	۰/۱۹۵	۰/۶۷		
	Q61	<۰/۰۰۱	۵/۹۱	۰/۴۲۲	۲/۴۹		
زیرساخت‌ها/ محیط و اجتماع	Q26				۱/۰۰	۰/۸۲	۰/۷۹
	Q25	<۰/۰۰۱	۶/۰۴	۰/۲۹۷	۱/۷۹		
	Q24	<۰/۰۰۱	۵/۱۹	۰/۲۱۷	۱/۱۲		
	Q23	<۰/۰۰۱	۷/۰۳	۰/۳۸۱	۲/۶۸		
	Q22	۰/۰۳۳	۰/۰۸	۰/۱۳۸	۰/۰۱		
	Q21	<۰/۰۰۱	۵/۷۸	۰/۲۴۰	۱/۳۸		
	Q20	<۰/۰۰۱	۵/۹۹	۰/۲۵۴	۱/۵۲		
	Q19	<۰/۰۰۱	۶/۶۸	۰/۴۲۲	۲/۸۲		
نتایج	Q38				۱/۰۰	۰/۸۶	۰/۸۱
	Q39	<۰/۰۰۱	۹/۹۷	۰/۱۲۲	۱/۲۱		
	Q40	<۰/۰۰۱	۱۰/۴۷	۰/۰۹۲	۰/۹۶		
	Q41	<۰/۰۰۱	۱۰/۰۸	۰/۱۰۶	۱/۰۷		
	Q42	<۰/۰۰۱	۱۰/۹۳	۰/۱۲۶	۱/۳۸		
	Q43	<۰/۰۰۱	۱۰/۵۸	۰/۱۲۶	۱/۳۳		
	Q44	<۰/۰۰۱	۱۰/۶۹	۰/۱۰۰	۱/۰۶		
	Q45	<۰/۰۰۱	۱۰/۱۱	۰/۱۰۷	۱/۰۷		

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

	Q54			۱/۰۰	۰/۸۹	۰/۸۱
	Q53	<۰/۰۰۱	۱۵/۳۶	۰/۰۶۹	۱/۰۶	
	Q52	<۰/۰۰۱	۱۱/۷۱	۰/۰۶۹	۰/۸۰	
ابزار	Q51	<۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۶۳	۰/۸۸	
	Q50	<۰/۰۰۱	۱۵/۹۳	۰/۰۷۱	۱/۱۳	
	Q49	<۰/۰۰۱	۱۲/۳۲	۰/۰۶۴	۰/۷۹	

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در حیطه منابع و عناصر با بررسی پاسخ شرکت‌کنندگان در مطالعه مشاهده شد که به ترتیب پرستار، پزشک، خود بیمار در توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان از اهمیت بالایی برخوردارند. در حیطه حیطه‌ها و ابعادها به ترتیب، بیماری حاد، ابعاد روحی و روانی بیمار، و ابعاد ذهنی و فکری بیمار به ترتیب دارای اهمیت بالایی در توانمندسازی بیماران بستری بودند. افراد مبتلا به بیماری حاد در سطح روانی برای مقابله با بیماری نیازمند تغییرات زیادی می باشند؛ به بیان دیگر می توان گفت بیماری حاد تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، بیمار در مقابل کثرت تغییرات احساس ناتوانی می‌کند و باید در توانمندسازی در الویت بالاتری قرار گیرند. در این حیطه تجربه کادر درمان بیمارستان، محیط زندگی پیرامون بیمار، و ظرفیت و اعتمادبه‌نفس بیمار در توانمندسازی بیماران اهمیت بالایی دارند. تجربه بالای کادر درمان موجب می‌شود که بیماران حس امنیت بالاتری داشته باشند. هم‌چنین داشتن یک محیط آرام و بدون استرس نیز در پیرامون بیمار می‌تواند نقش به‌سزایی در توانمندسازی بیماران داشته باشد. پراهمیت ترین ابعاد در این حیطه تمایل و علاقه‌مندی کادر درمان، دانش کادر درمان، و توانایی و مهارت کادر درمان می‌باشند که می‌تواند بر توانمندسازی بیماران بستری نقش مهمی را ایفا کنند. ارزیابی و بازبینی مداوم و مناسب فرایند ارائه خدمات به بیمار، خودمراقبتی، و مدیریت هزینه‌ها در حیطه نتایج پراهمیت‌ترین ابعاد بودند چرا که با بازبینی مداوم و مناسب فرایند ارائه خدمات به بیمار، خودمراقبتی، و مدیریت هزینه‌ها می‌توان گام مهمی در توانمندسازی بیماران بستری برداشت. استفاده از فیلم، پمفلت و بروشور، و دفترچه‌های خودمراقبتی می‌توانند در توانمندسازی بیماران نقش مهمی داشته باشند. آموزش چهره‌به‌چهره، برگزاری کارگاه، کلاس‌های خانوادگی و کلاس‌های گروهی دارای اهمیت بالایی بودند چراکه با افزایش آموزش می‌توان توانمندسازی بیماران را بهبود بخشید. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که هر ۱۱ ابعاد منابع و عناصر بر توانمندسازی بیماران بستری تاثیر گذارند و برخی از آن‌ها تاثیر مثبت دارند. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که هر هشت بعد حیطه‌ها و ابعادها بر میزان توانمندسازی بیماران بستری تاثیرگذار هستند. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که هر ۷ بعد زیرساخت/محیط و اجتماعی بر میزان توانمندسازی بیماران بستری موثر هستند. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که هر ۱۱ ابعاد ویژگی‌ها/ الزام و پیش‌نیازها بر میزان توانمندسازی بیماران بستری موثر هستند. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که هر ۸ بعد روش کار، ۶ بعد ابزار، ۷ بعد نتایج و ۳ بعد پیامد بر توانمند سازی بیماران بستری موثر هستند. از طریق کاوش عمیق در تجربه پرستاران در زمینه توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان، می‌توان راهبردهای نوآورانه‌ای را که پرستاران برای غلبه بر موانع توانمندسازی مورد استفاده قرار گیرند. اهمیت بالای پرستاران در توانمندسازی بیماران می‌تواند به این دلیل باشد که پرستاران می‌توانند فرصت‌هایی را برای بیماران فراهم کنند تا انتخاب‌های در مورد مراقبت خود داشته باشند، مانند شرکت در تعویض پانسمان. مداخلات توانمندسازی که برای بهبود مشارکت بیمار در مراقبت طراحی شده‌اند، باید بر رعایت اصول اخلاقی استقلال و خودمختاری بیمار متمرکز شوند. پرستاران هم‌چنین ممکن است به بیماران در مورد حق آنها برای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

مشارکت در مراقبت و انواع سؤالاتی که ممکن است بخواهند از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بپرسند تا اطلاعاتی را برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از آن‌ها بپرسند، آموزش دهند. در مطالعه حاضر بعد از پرستار، پزشک اهمیت بالایی در توانمندسازی بیماران داشت؛ رابطه بیمار و ارائه دهنده مراقبت در مطالعات قبلی نیز تایید شده است و یا یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارند (۱۵،۱۶)؛ علت آن می‌تواند به تاثیر برقراری ارتباط موثر مرتبط باشد. تصمیم‌گیری مشترک بین ارائه‌دهندگان و بیماران به‌طور کلی راهی موثر برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی و رضایت بیمار در نظر گرفته می‌شود (۱۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده، مانند تمرین تبادل بین فردی، و تعیین هدف درمان می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی مشارکت بیمار را بهبود بخشد (۱۷)؛ در مطالعه حاضر اهمیت بالایی بین ارائه‌دهندگان با توانمندسازی بیماران مشاهده شد. الویت خود بیماران نیز در رتبه سوم قرار گرفت. از این‌رو بیماران در مرکز چارچوب پیشنهادی ما قرار دارند. تنها در صورتی می‌توان نتایج درمان را بهینه کرد که بیماران به‌طور فعال در درمان شرکت کنند و مسئولیت سلامت خود را بر عهده بگیرند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، محیط جامعه و سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند به‌صورت جداگانه یا همزمان بر دانش، اعتمادبه‌نفس یا تعیین سرنوشت بیماران برای بهبود فعال‌سازی و توانمندسازی بیمار تأثیر بگذارند. بهبود فعال‌سازی و توانمندسازی بیمار، در عوض، ممکن است به رابطه بیمار-ارائه‌دهنده کمک کند و کارایی سیستم‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی را افزایش دهد (۱۷). تمایز مفاهیمی که می‌توان از نقشه استخراج کرد این است خود بیمار اهمیت بسیار بالایی دارد؛ به این معنی که برای مثال، برای فعال‌کردن، توانمند شدن یا مشارکت دادن به رابطه با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی نیازمند بیمار بستری می‌باشد. با این‌حال، رویکرد بیمارمحور (یا شخص محور یا شخص محور) می‌تواند تأثیر مفیدی بر مفاهیم داشته باشد و بنابراین روند بیمار را بهبود بخشد. در تمایز با مفاهیم دیگر، پرستار و پزشک اهمیت بالایی داشتند، که می‌تواند به عنوان عناصر مهم در توانمندسازی بیماران برای تبدیل‌شدن به مدیران مشترک در مراقبت‌های بهداشتی طبقه‌بندی شوند. لازم به ذکر است که این دو عنصر لیستی قطعی از عناصر نیستند، آن‌ها به دلیل نزدیکی موضوعی آن‌ها به بیماران برای تبدیل شدن به شرکای فعال در مراقبت‌های بهداشتی خود در این نقشه نشان داده شده‌اند که بعد از پرستار می‌توان به پزشک نیز اشاره نمود. ویژگی‌های مربوط به مراقبت بیمارمحور عموماً از دیدگاه پزشک توصیف می‌شوند و از نمونه آن‌ها آغاز می‌شوند (به‌عنوان مثال «پزشک قصد دارد ...»). در مقابل، مفاهیمی که عمدتاً تحت‌تأثیر بیماران قرار می‌گیرند، از دیدگاه بیمار به تصویر کشیده می‌شوند (مثلاً "بیمار مایل است ...")، چندین مفهوم روابط بازگشتی با مفاهیم قبل از خود دارند. این بدان معناست که یک مفهوم به مفهوم دیگر منتهی می‌شود اما می‌تواند همزمان مفهومی را که از آن سرچشمه می‌گیرد تقویت کند. برای مثال، فرآیند توانمندسازی با خودمراقبتی، مدیریت هزینه‌ها افزایش می‌یابد. برای ساده کردن نقشه مفهومی، فقط روندهای کلی به تصویر کشیده شده است و تأثیرات مثبت بر مفاهیم قبلی فقط در توضیحات بالا توضیح داده شده است. مسلماً نظر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی یک عامل تعیین‌کننده است، بنابراین اگر به نظر بیمار ارائه‌دهنده مراقبت از بیمار را تایید کند. بنابراین، تغییر (به ویژه در ذهن پزشکان) از مدل مراقبت پدرانه به یک مدلی بیمار محور، براساس مشارکت برابر و قابل اعتماد بسیار مهم است (۱۸). در نهایت، با توجه به نگرش نسبت به یک رفتار، بیمار باید باور داشته باشد که درگیر شدن در مراقبت‌های بهداشتی او تأثیر مثبتی بر وضعیت سلامتی یا به‌طور کلی زندگی او خواهد داشت. برای مثال، این می‌تواند از طریق احساس کنترلی که می‌تواند از طریق فرآیند توانمندسازی به‌دست آید، رخ دهد. علاوه بر این، نگرش بیمار نسبت به مشارکت نیز ممکن است تحت‌تأثیر این باور باشد که این رفتار ممکن است تأثیر مثبتی بر رابطه با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی داشته باشد. با این‌حال، باید توجه داشت که مفاهیم مورد بحث فقط جنبه‌هایی از ابعاد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده را پوشش

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

می‌دهند، و تحقیقات بیشتر در مورد اینکه چه جنبه‌هایی می‌توانند این باورها را تضعیف کنند، ضروری است. درگیر کردن بیماران به سنگ بنای ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا تبدیل شده است (۱۹). هنگام در نظر گرفتن ابعاد یا ابزارهایی برای حمایت از نقش فعال بیماران، چه به‌طور مستقل از طریق بیمار یا در ارتباط با ارائه دهنده خدمات، مفاهیم مورد علاقه مربوطه را می‌توان از نقشه مفهومی استخراج کرد. این مربوط به انواع ذینفعان ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی است که می‌توانند نتایج نقشه مفهومی را بسته به محیطی که یک مفهوم در آن معرفی می شود، اعمال کنند. به‌عنوان مثال، توسعه‌دهندگان یک برنامه ارتقاء سلامت، مستقل از یک بیماری خاص، در درجه اول بر ابعاد و امکانات اجرای مفاهیمی تمرکز می‌کنند که در آن فرد به یک رابطه ارائه دهنده وابسته نیست. در مقابل، پزشکانی که در تلاش برای فعال کردن بیماران یا بهبود ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده هستند، بر مفاهیم مرتبط با روابط بیماران با ارائه‌دهندگان مراقبت تمرکز می‌کنند. نقشه مفهومی می‌تواند به عنوان راهنمایی برای توصیف دستورالعمل‌های کاربردی تعامل با بیمار برای گروه‌های اصلی کاربر، به عنوان مثال، سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان فناوری مراقبت‌های بهداشتی و توسعه‌دهندگان سیستم، و بیماران استفاده شود. نوری و همکاران نشان دادند که مفهومی که به دنبال خودکارآمدی در توانمندسازی ضروری است عزت‌نفس می‌باشد (۲۰). شریفی‌راد و همکاران مشاهده کردند که در توانمندسازی بیماران دیابتی آموزش‌های گروهی موثرترین می‌باشند (۱). رویانی و همکاران نشان دادند که توانمندسازی با حیطه‌های خودمراقبتی و کاهش استرس از حیطه خودکارآمدی ارتباط معناداری دارد و با حیطه‌های نگرش مثبت و تصمیم‌گیری ارتباط معنی‌داری یافت نشد (۲). پهPeh و همکاران یافته‌های مشابه با مطالعه حاضر را گزارش کردند که بین رضایت‌مندی بیمار با توانمندسازی بیمار رابطه مثبت وجود دارد (۲۱). بیو دینوBio Dino و همکاران نشان دادند که رهبران پرستاری با توجه به بهبود و شرایط ایمنی بیمار و بهبود کیفیت بر توانمندسازی بیمار تأثیر مثبت دارند (۲۲).

این یافته‌ها با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد چراکه بر اساس مطالعه حاضر پرستاران بر توانمندسازی بیمار اهمیت بالایی دارند. در مراقبت شخص‌محور، نقش متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تسهیل توانمندسازی از طریق درگیر کردن بیماران، ایجاد مشارکت در تصمیم‌گیری است. توانمندسازی بر اساس برآورده کردن نیازهای هر بیمار، کمک به بیماران برای تفکر انتقادی و تشویق آن‌ها به افزایش منابع و ظرفیت ذاتی خود برای تسلط بر موقعیت‌های زندگی است. بنابراین، مراقبت و آموزش مبتنی بر توانمندسازی بیمار با هدف افزایش استقلال و توانمندسازی بیماران برای شناسایی نیازها، تصمیم‌گیری آگاهانه، حل مشکلات و تسلط بر موقعیت‌های زندگی خود انجام می شود. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌های بود، از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش تنها شامل بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود و تعمیم نتایج آن به دیگر سازمان‌ها محدود است. همچنین ابزار اصلی مورداستفاده برای گردآوری داده‌ها مصاحبه و بررسی و تحلیل مقالات بوده که با محدودیت‌هایی همچون امکان سوگیری همراه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر مدلی توانمندسازی بیماران بستری از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات طراحی شد و هشت حیطه مهم در توانمندسازی بیمار شناسایی شد. نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان داد که تمام ابعاد مطرح در حیطه های منابع و عناصر، حیطه‌ها و ابعادها، زیرساخت/محیط و اجتماع، ویژگی ها/ الزام و پیش نیازها، روش کار، ابزار، نتایج و پیامدها بر میزان توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان تاثیرگذار می‌باشند. توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان بدون اجرای برنامه‌های مدیریت مشارکتی ناممکن است از این‌رو سازمان‌ها و مراکز آموزش درمانی می‌توانند از این مدل در توانمندسازی بیماران استفاده کنند. زمینه لازم برای ارتقاء توانمندسازی بیماران باید توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش فراهم شود. همچنین استفاده از روش‌های خلاق و نوآورانه در روش‌های آموزشی نیز می‌تواند در بهبود روند توانمندسازی به‌طور غیرمستقیم موثر باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی به بررسی تاثیر بیماری حاد، ابعاد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

روحی و روانی بیمار، و ابعاد ذهنی و فکری بیمار بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به‌صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی بپردازند؛ بررسی تاثیر تجربه کادر درمان بیمارستان، محیط زندگی پیرامون بیمار، و ظرفیت و اعتمادبه‌نفس بیمار بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به‌صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی مورد بررسی قرار گیرد. تاثیر علاقه‌مندی کادر درمان، دانش کادر درمان، و توانایی و مهارت کادر درمان بر توانمند سازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی انجام شوند. بررسی تاثیر ارزیابی و بازبینی مداوم و مناسب فرایند ارایه خدمات به بیمار، خودمراقبتی، و مدیریت هزینه‌ها بر توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به‌صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی انجام گیرند؛ بررسی تاثیر و مقایسه روش‌های آموزشی فیلم، پمفلت و بروشور، و دفترچه‌های خودمراقبتی در توانمندسازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی انجام شوند.همچنین بررسی تاثیر و مقایسه آموزش چهره به چهره، برگزاری کارگاه، کلاسهای خانوادگی و کلاس‌های گروهی در در توانمند سازی بیماران بستری در بیمارستان‌ها به‌صورت مطالعات کارازمایی بالینی و یا توصیفی تحلیلی انجام شوند.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از قسمتی از رساله دکتری می‌باشد. نویسندگان از تمام روسا، مدیران، مترون‌ها، سوپروایزرها، مسئولین بخش‌های بالینی و پاراکلینیکی و واحدهای ستادی بیمارستان، پرستاران و پزشکان بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد جهت همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شیراز تایید شده است (کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1401.035).

پرسش‌نامه بعد از ارائه توضیحات لازم و کافی به افراد مدنظر (نمونه) و اعلام رضایتشان، در اختیار ایشان قرار گرفته است. حفظ رازداری، اطلاعات شخصی افراد و حریم شخصی ایشان در این پژوهش مدنظر بوده است. نتایج حاصله به‌صورت صادقانه، دقیق و کامل منتشر شده است. در مطالعه حاضر هدف الگوی توانمندسازی بر اساس نظرات بیمار و همراهان وی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول، دوم و سوم در ارائه ایده، نویسنده دوم در طراحی مطالعه، نویسنده اول در جمع‌آوری داده‌ها، نویسنده اول، دوم و سوم در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

References:

1-Tol A, Alhani F, Shojaeazadeh D, Sharifirad G. ***Empowerment Approavh to Promote Quality of Life and Self-Managment among Type 2 Diabetic Patients.*** HSR 2011; 7(2): 157-68.

2- Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdavifar M, Goleij J. ***The Relationshipe between Self-Care and Self-Efficacy with Empowerment in Patient Underpoing Hemodialysis.*** MCS 2014; 1(2): 116-22.

3- McAlearney AS, Sieck CJ, Hefner JL, Aldrich AM, Walker DM, Rizer MK, et al. ***High Touch and High Tech (HT2) Proposal: Transforming Patient Engagement Throughout the Continuum of Care by Engaging Patients with Portal Technology at the Bedside.*** JMIR Res Protoc 2016; 5(4): e221.

4-Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. ***A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care.*** J Gen Intern Med 2005; 20(10): 953-7.

5-McAlearney AS, Fareed N, Gaughan A, MacEwan SR, Volney J, Sieck CJ. ***Empowering Patients during Hospitalization: Perspectives on Inpatient Portal Use.*** Appl Clin Inform 2019; 10(1): 103-12.

6-Woollen J, Prey J, Wilcox L, Sackeim A, Restaino S, Raza ST, et al. ***Patient Experiences Using an Inpatient Personal Health Record.*** Appl Clin Inform 2016; 7(02): 446-60.

7-Gammon J. ***Analysis of the Stressful Effects of Hospitalisation and Source Isolation on Coping and Psychological Constructs.*** Int J Nurs Pract 1998; 4(2): 84-96.

8-Collins SA, Rozenblum R, Leung WY, Morrison CR, Stade DL, McNally K, et al. ***Acute Care Patient Portals: A Qualitative Study of Stakeholder Perspectives on Current Practices.*** J Am Med Inform Assoc 2017; 24(e1): e9-e17.

9-Jerofke-Owen T, Bull M. ***Nurses' Experiences Empowering Hospitalized Patients.*** West J Nurs Res 2018; 40(7): 961-75.

10- LaSalle JR. ***Empowering Patients during Insulin Initiation: A Real-World Approach.*** J Am Osteopath Assoc 2010; 110(2): 69-78.

11- McAlearney AS, Fareed N, Gaughan A, MacEwan SR, Volney J, Sieck CJ. ***Empowering Patients during Hospitalization: Perspectives on Inpatient Portal Use.*** Appl Clin Inform 2019; 10(1): 103-12.

12- Babaei S, Abolhasani S. ***Family's Supportive Behaviors in the Care of the Patient Admitted to the Cardiac Care Unit: A Qualitative Study.*** J Caring Sci 2020; 9(2): 80-6.

13- Lawshe CH. ***A Quantitative Approach to Content Validity.*** Personnel psychology 1975; 28(4): 563-75.

14- Munro BH. ***Statistical Methods for Health Care Research: Lippincott Williams & Wilkins.*** Volume 1: 2005.

15- Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. ***The Experience of Empowerment in the Patient–Staff Encounter: The Patient's Perspective.*** J Clin Nurs 2012; 21(5-6): 897-904.

16-Guerrero AD, Chen J, Inkelas M, Rodriguez HP, Ortega AN. ***Racial and Ethnic Disparities in Pediatric Experiences of Family-Centered Care.*** Med Care 2010; 48(4): 388-93.

17-Chen J, Mullins CD, Novak P, Thomas SB. ***Personalized Strategies to Activate and Empower***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

Patients in Health Care and Reduce Health Disparities. Health Educ Behav 2016; 43(1): 25-34.

18-Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadiri DP, et al. ***The Patient-As-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition.*** Acad Med 2015; 90(4): 437-41.

19-Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. ***Engaging Patients to Improve Quality of Care: A Systematic Review.*** Implement Sci 2018; 13(1): 98.

20-Nouri K, Zadeh DS. ***Health Education And Behavior Change Tehran Research.*** Tehran: Neshaneh; 2004: 27-34. [Persian].

21-Yeh MY, Wu SC, Tung TH. ***The Relation between Patient Education, Patient Empowerment and Patient Satisfaction: A Cross-Sectional-Comparison Study.*** Appl Nurs Res 2018; 39: 11-7.

22-Boudioni M, McLaren S, Lister G. ***A Critical Analysis of National Policies, Systems, and Structures of Patient Empowerment in England and Greece.*** Patient Prefer Adherence 2017; 11: 1657-69.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]

CC BY-NC 4.0

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 31| NO 12 | Mar 2024
Received: 16 July 2023
Accepted: 31 July 2023

Designing the Empowerment Model of Patients Hospitalized in the Hospitals Affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

Safar Ali Dehghani Shoraki[1], Somayeh Hessam[*2], Roya Biabani Khankahdani[3]

Original Article

Introduction: Identifying factors that influence the patient experience are critical to implementing strategies that support patient engagement and ultimately achieve better health outcomes. The present study was conducted with the aim of presenting a model of empowerment of hospitalized patients.

Methods: The current research was a qualitative-quantitative study that was cross-sectional by stratified sampling method with proper allocation in hospitals affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran, on 230 heads, managers, matrons, supervisors, heads of clinical and paraclinical departments and hospital headquarters units, nurses and doctors were done. The data were collected using the demographic information tool and the questionnaire made by the researcher to design a model of empowering patients admitted to the hospital. Determining the ability of the designed model by fitting the data was done with the confirmatory factor analysis method. Data were analyzed by SPSS version 16 software and Amos.v 24 software.

Results: Questionnaire for designing a model of empowering patients in the hospital has 8 areas and 61 items or components. In the present study, the Chi-square ratio to the degree of freedom was significant ($p<0.001$), which indicated the appropriate fit of the model. The value of the GFI index was estimated at 0.93, which indicated that the model fits well. The values of GFI and AGFI for the empowerment model of hospitalized patients were higher than 0.8.

Conclusion: Organizations and medical institutions have the opportunity to utilize this model to empower patients. The universities of medical sciences and affiliated hospitals should create an enabling environment for enhancing patient empowerment.

Keywords: Empowerment, hospital, model.

Citation: Dehghani shoraki S.A, Hessam S, Biabani khankahdani R. **Designing the Empowerment Model of Patients Hospitalized in the Hospitals Affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2024; 31(12): 7363-80.

[1]Department of Health Services Administration, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
[2]Department of Health Services Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
[3]Department of Basic Sciences, Faculty of Dentistry, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran
***Corresponding author: Tel:** 09122268534**, email:** somayehh59@yahoo.com

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v31i12.14979]