

Original Article

The Effect of Education Based on Spousal Social Support on Improving Self-Care Behaviors in Men with High Blood Pressure.

Amin Arabshahi¹, Zabihollah Gharlipour², Abolfazl Mohammadbeigi³, Siamak Mohebi^{4*}

¹Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Neuroscience Research Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

*Corresponding Author:
Siamak Mohebi;
Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
mohebisiamak@yahoo.com

Received: 16 Dec, 2019
Accepted: 2 Jun, 2020

Abstract

Background and Objectives: High blood pressure is an important and controllable risk factor for cardiovascular diseases. Social support received by spouse and self-care are effective factors in controlling and preventing the complications of hypertension, therefore, this study was performed with the aim of investigating the effect of education based on spousal social support on improving self-care behaviors in men with high blood pressure.

Methods: The present study was an interventional study performed on 112 male patients with primary hypertension and their spouse who referred to health centers of Qom city in 2019. After selecting the eligible individuals to enter the study using convenience sampling method, the subjects under study, were divided into two groups of experimental (n = 56) and control (n = 56) through block randomization method. Questionnaires and checklists were completed by the experimental and control groups before and two months after the intervention.

Results: The results showed that the mean score of each of the dimensions of self-care behaviors and social support of the subjects' spouse significantly increased in the experimental group after the educational intervention ($p < 0.05$). Moreover, the mean systolic blood pressure score significantly decreased in the experimental group after the intervention ($p < 0.05$), but this decrease was not significant for diastolic blood pressure ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of this research indicate that education based on spousal social support improves self-care behaviors and lowers systolic blood pressure in patients with hypertension.

Keywords: Social Support; Self care; Hypertension.

DOI: 10.29252/qums.14.2.34

تأثیر آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی همسر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در مردان مبتلابه فشارخون بالا

امین عربشاهی^۱، ذبیح‌الله قارلی‌پور^۱، ابوالفضل محمدیگی^۲، سیامک محبی^{۳*}

چکیده

زمینه و هدف: فشارخون بالا عامل خطر مهم و قابل‌کنترلی برای بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب می‌شود. حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی همسر و خودمراقبتی از عوامل تأثیرگذار در کنترل و پیشگیری از عوارض فشارخون بالا هستند؛ بنابراین، مطالعه‌ی حاضر با هدف تأثیر آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی همسر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در مردان مبتلابه فشارخون بالا انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای بود که روی ۱۱۲ بیمار مرد مبتلابه پرفشاری خون اولیه به‌همراه همسرانشان انجام شد که در سال ۱۳۹۸ به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قم مراجعه کردند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط ورود به مطالعه به روش در دسترس، افراد تحت پژوهش به‌صورت تصادفی‌سازی بلوکی به دو گروه آزمون (۵۶ نفر) و کنترل (۵۶ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون و کنترل پرسش‌نامه‌ها و چک‌لیست‌های ثبت فشارخون را پیش از مداخله‌ی آموزشی و دو ماه بعد از آن تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره‌ی هریک از ابعاد رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی همسر بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه آزمون افزایش معناداری داشته است ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمره‌ی فشارخون سیستول بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه آزمون کاهش معناداری داشته است ($P < 0/05$)، ولی این کاهش در فشارخون دیاستول معنادار نبود ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی همسر باعث ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و کاهش فشارخون سیستولیک در بیماران مبتلابه فشارخون بالا می‌شود.

کلیدواژه‌ها: خود مراقبتی؛ پرفشاری خون؛ فعالیت بدنی؛ تبعیت از رژیم دارویی.

^۱گمته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳مرکز تحقیقات علوم اعصاب، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

دکتر سیامک محبی؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

mohebisiamak@yahoo.com

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Arabshahi A, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Mohebi S. The Effect of Education Based on Spousal Social Support on Improving Self-Care Behaviors in Men with High Blood Pressure. Qom Univ Med Sci J 2020;14(2):34-46. [Full Text in Persian]

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۳

(۹). حمایت اجتماعی سپری در مقابل پیامدهای منفی این بیماری است. هفتمین کمیته‌ی مشترک ملی در ارتباط کنترل و درمان پرفشاری خون به درگیری اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلابه پرفشاری خون، تأکید می‌کند که حمایت اجتماعی می‌تواند در کنترل پرفشاری خون نقش بسزایی داشته باشد (۱۰). وجود حمایت اجتماعی در افراد باعث کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی (۱۱)، فشارخون، سردردهای عصبی و ناراحتی‌های گوارشی می‌شود. همچنین اعتمادبه‌نفس افراد را افزایش و تأثیرات سوء ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود افراد با بیماری خود سازگارتر شوند (۱۲). بررسی حمایت اجتماعی از طریق دیگران صورت می‌گیرد و از منابع متعددی نظیر خانواده، همسر و دوستان دریافت می‌شود (۱۳). یکی از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت دریافت شده از سوی همسر است؛ به طوری که این حمایت بر حمایت‌های صورت گرفته بر سایر افراد جامعه و خانواده ارجحیت دارد.

ارتقای بهداشت حاکی از آن است در فرایند پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش خانواده خصوصاً از سوی همسر، محوری است. این در حالی است که در کمتر مطالعه‌ای به نقش مهم خانواده‌ی بیماران به‌ویژه همسران در کنترل فشارخون بالا پرداخته شده است (۱۴). آموزش به همسر بیمار به‌منظور حمایت اجتماعی بیشتر در کنترل بیماری و حتی پیشگیری می‌تواند بسیار مفید باشد؛ چراکه بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن ارتباطی قوی وجود دارد (۱۵).

با توجه به اهمیت نقش خودمراقبتی و حمایت اجتماعی در کنترل و حفظ فشارخون، پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی همسر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در مردان مبتلابه فشارخون بالا در شهر قم انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای بود که روی ۱۱۲ بیمار مرد دارای فشارخون اولیه به همراه همسرانشان انجام شد که به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان مطالعه برابر با ۹۵ درصد و خطای نوع اول برابر با ۱ درصد و همچنین ضریب همبستگی بین نمره‌ی حمایت

بیماری‌های مزمن باعث ۶۰ درصد از مرگ‌ومیرها در جهان هستند. یکی از این بیماری‌های مزمن، فشارخون بالاست که به کشنده‌ی خاموش معروف است و اغلب بدون علامت بروز می‌یابد و مشکلی جهانی محسوب می‌شود (۱،۲). پرفشاری خون با بیماری‌هایی مثل سکته‌ی قلبی، سکته‌ی مغزی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری‌های عروق محیطی و عروق کرونر قلب ارتباط دارد (۳). شیوع فشارخون در ایران ۲۳ درصد است که در صورت درمان‌نشدن، ۵۰ درصد از این بیماران در اثر بیماری‌های عروق کرونر قلب، ۳۳ درصد در اثر سکته‌های مغزی و ۱۰ تا ۱۵ درصد در اثر نارسایی کلیه فوت خواهند کرد (۱).

با وجود اینکه این بیماری ماهیت مزمنی دارد، اما قابل پیشگیری است و می‌توان با اصلاح شیوه‌ی زندگی، رعایت رژیم غذایی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی آن را کنترل کرد. محققان تأثیر مثبت دارودرمانی به‌همراه استفاده از روش‌هایی مثل کاهش وزن، رعایت رژیم غذایی کم‌سدیم، ترک مصرف دخانیات و داشتن فعالیت بدنی منظم را در کنترل فشارخون بالا به اثبات رسانده‌اند (۴،۵). به همین منظور سازمان بهداشت جهانی تغییر در سبک زندگی، خودمراقبتی و اندازه‌گیری منظم فشارخون را دستورالعمل راهنما برای مبارزه با پرفشاری خون اعلام کرده است (۶). با وجود تأکید فراوان بر رعایت رفتارهای خودمراقبتی توسط پزشکان و دیگر مراقبان سلامت، کمتر از نیمی از بیماران قلبی فعالیت جسمی منظم دارند، کمتر از ۴۰ درصد از رژیم دارویی خود تبعیت می‌کنند و وزن خود را کنترل می‌کنند و کمتر از ۱۰ درصد این بیماران رژیم غذایی کم‌نمک دارند (۷). چنانچه در مطالعه‌ی رضوان و همکاران روی بیماران مبتلابه پرفشاری خون در شهر قم مشخص شد، ۲۷/۹ درصد از نمونه‌ها در وضعیت خودمراقبتی ضعیف و ۶۸/۶ درصد در وضعیت خودمراقبتی متوسط قرار داشتند (۸).

درمان دارویی و اصلاح سبک زندگی تاکنون نتوانسته است به‌طور کامل بر کنترل فشارخون اثر بگذارد؛ چراکه فشارخون بالا از تمام رویدادهای مهم زندگی اثر می‌پذیرد. هرگونه درمان موفقیت‌آمیز در فشارخون بالا باید علاوه بر دارودرمانی بر نقش عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی توجهی جدی داشته باشد

پرسش‌نامه‌ی مذکور وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی را طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند که ۳۰ سؤال دارد و بر اساس انجام رفتار خودمراقبتی مدنظر طی ۷ روز نمره می‌گیرد. بخش پایبندی به درمان شامل ۳ سؤال با طیف نمرات ۰ تا ۲۱ بود. حداکثر نمره یعنی ۲۱ نشان‌دهنده‌ی پایبندی قوی به درمان دارویی است؛ برای مثال اگر بیمار در طول ۷ روز گذشته ۴ روز قرص‌های خود را مصرف کرده باشد، ۴ می‌گیرد. بخش رژیم کم‌نمک ۱۲ سؤال با طیف نمرات صفر تا ۸۴ داشت. کسب نمرات ۷۲ یا بیشتر نشان‌دهنده‌ی پیروی از رژیم کم‌نمک است. بخش فعالیت بدنی شامل ۲ سؤال و طیف نمرات صفر تا ۱۴ بود. شرکت‌کنندگانی که نمره‌ی ۸ یا بیشتر بگیرند، پیروی‌کننده از رفتار فعالیت بدنی محسوب می‌شوند. بخش سیگار کشیدن ۲ سؤال مربوط به وضعیت استعمال سیگار و قلیان و طیف نمرات صفر تا ۱۴ داشت. افرادی که به هر دو سؤال این بخش پاسخ صفر دهند، به‌عنوان غیرسیگاری و بقیه‌ی افراد به‌عنوان سیگاری محسوب می‌شوند. به افراد غیرسیگاری نمره‌ی ۱۴ تعلق می‌گیرد. ملاک نمره‌دهی افراد به این صورت است که در هفت روز گذشته چند روز سیگار یا قلیان استفاده کرده‌اند و بر اساس آن نمره‌دهی می‌شود؛ مثلاً اگر بیمار ۲ روز سیگار استفاده کرده باشد، نمره‌ی ۵ از ۷ می‌گیرد. بخش مدیریت وزن شامل ۱۰ سؤال بود. نمره‌دهی آن بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. طیف نمرات ۱۰ تا ۵۰ در نظر گرفته شد و بیمارانی که نمره‌ی ۴۰ یا بیشتر کسب کنند، تبعیت‌کننده‌ی خوب از رفتار مدیریت وزن محسوب می‌شود. بخش اندازه‌گیری منظم فشارخون یک سؤال و طیف نمرات ۰ تا ۷ داشت. افرادی که هر روز فشارخون خود را کنترل کنند، تبعیت‌کننده‌ی خوبی هستند و نمره‌ی ۷ می‌گیرند و اگر یک روز در هفته کنترل کنند، نمره‌ی ۱ می‌گیرند. این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی خسروی‌زاده و همکاران استفاده شد و روایی آن را پانل نخبگان تأیید کرد. پایایی آن ۰/۸۶۲ به‌دست آمد. همچنین میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷ گزارش شده است (۱۸).

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت ۱۹۹۱ MOS-SSS استفاده شد که در سال ۱۹۹۱ شربورن و استوارت آن را ساختند (۱۹).

اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه‌ی امیدی و همکاران (۱۶)، ۵۶ نفر در هر گروه محاسبه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده‌ی سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، حداقل یک سال سابقه‌ی ابتلا به بیماری پرفشاری خون اولیه، رضایت بیمار و همسرش برای شرکت در تحقیق، تأیید فشارخون اولیه‌ی کنترل‌نشده توسط پزشک، داشتن پرونده‌ی بهداشتی در مراکز بهداشت و معیارهای خروج شامل تمایل نداشتن بیمار و یا همسرش به ادامه‌ی همکاری، انتقال یا جابه‌جایی محل زندگی بیمار به شهرستانی دیگر، داشتن بیماری فشارخون بالا ناشی از بیماری‌های دیگر (فشارخون ثانویه)، غیبت بیش از یک جلسه همسر بیمار در جلسات آموزشی بود.

ملاک انتخاب مراکز بهداشتی به‌صورت تصادفی ساده بود که از ۳ منطقه‌ی مختلف (بالا، مرکز، پایین) شهر انتخاب شد. از بیمارانی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. سپس نمونه‌ها به‌صورت تصادفی‌سازی بلوکی در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. اندازه‌ی بلوک‌ها ۴ در نظر گرفته شد (AABB, ABAB, BBAA, BABA, ABBA, BAAB). انتخاب هر بلوک به تصادف و با استفاده از پرتاب تاس انجام گرفت؛ برای مثال اگر در پرتاب تاس عدد ۳ بیاید، بلوک BBAA مدنظر است؛ بنابراین، دو بیمار اول به گروه B و دو بیمار بعد به گروه A تخصیص یافت. تاس برای ۱۹ بار پرتاب شد و بیماران به گروه‌های مطالعه تقسیم شدند. همچنین تخصیص گروه‌ها به گروه الف و ب نیز بر اساس تصادف (پرتاب سکه) انجام شد.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی خودمراقبتی

HSCALE (Self-care in hypertension patient) و

پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی شربورن و استوارت

۱۹۹۱ MOS-SSS و چک‌لیست برای بررسی و ثبت فشارخون

سیستول و دیاستول و فشارسنج عقربه‌ای استاندارد استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات،

میزان درآمد، شغل و مدت‌زمان ابتلا به بیماری افراد بود. به‌منظور

ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون از

پرسش‌نامه‌ی HSCALE استفاده شد (۱۷).

بالا تشکیل شد و مردانی که بیماری فشارخون داشتند هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. محل برگزاری کلاس‌های آموزشی در مراکز خدمات جامعه سلامت بود؛ به طوری که همسران گروه آزمون در مرکز بهداشتی مربوط به محل زندگی خود آموزش‌ها را دریافت می‌کردند و تعداد افراد در هر کلاس حدوداً کمتر از ۲۰ نفر بود. هدف مطالعه حاضر این بود که تأثیر آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی بانوان را بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در مردان دارای پرفشاری خون بررسی کند. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت اطلاعات پرسش‌نامه‌ها و چک‌لیست‌های ثبت فشارخون در مردان بیمار را به صورت مصاحبه‌ی سازمان‌یافته در دو مرحله قبل از مداخله‌ی آموزشی و ۲ ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی جمع‌آوری کرد.

محتوای جلسات آموزش شامل آشنایی با بیماری و عوارض آن، راهکارهای کنترل بیماری به‌ویژه رعایت رژیم غذایی و تغذیه‌ی سالم، داشتن فعالیت بدنی منظم، استفاده‌ی منظم از داروها و قرص‌های کنترل فشارخون، نقش خانواده و همسران و تأکید بر راهکارهای حمایتی از سوی آنان در کنترل بیماری بود. برای ارتقای حمایت اجتماعی دریافت‌شده، طراحی مداخله‌ای با نظر مشاور روان‌شناسی مربوطه انجام گرفت و در حین آموزش از مثال‌هایی با زبان عامیانه برای جذب همسر بیماران و حساس‌شدن آن‌ها به بیماری شریک زندگی‌شان استفاده شد. هدف اصلی آموزش این بود که نقش زنان و همسران در سلامت خانواده بیان شود که این نقش در خانواده بسیار مهم است و آن‌ها نیز به هویت زنبودن خودشان افتخار کنند. با توجه به اینکه بیماری فشارخون نقش جسمی و روانی دارد و تغذیه و خوراک بیماران خیلی مهم است و مسئول قسمت تغذیه و مسائل روانی در خانه زن یا همسر است، در ابتدای آموزش، آگاهی همسران نسبت به نقش خود در خانواده ارتقا و راهکارهای لازم برای ارتقای حمایت اطلاعاتی‌هیجانی ارائه داده شد. سپس نکات لازم برای خوب گوش‌دادن به صحبت‌های همسر و نیز جلب اعتماد و اطمینان همسر و راهکارهای لازم برای برخورد با مشکلات زندگی بیان شد. از همسران بیماران خواسته شد در طول دوره از رفتارهای تقویت‌کننده‌ی مثبت یا تشویق و پاداش استفاده کنند تا خودشیستگی و اعتمادبه‌نفس بیماران ارتقا یابد و نیز حس عاطفی

این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت‌شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس دارد. بخش حمایت اطلاعاتی‌هیجانی شامل سؤالات ۱ تا ۸ است که راهنمایی، اطلاع‌رسانی، عاطفه‌ی مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را ارزیابی می‌کند. بخش حمایت ملموس شامل سؤالات ۹ تا ۱۲ است که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد. بخش مهربانی که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد، شامل سؤالات ۱۳ تا ۱۵ می‌شود. بخش تعامل اجتماعی مثبت که پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را ارزیابی می‌کند، شامل سؤالات ۱۶ تا ۱۸ می‌شود. سؤال آخر نیز اضافی طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت: ۱ امتیاز، به‌ندرت: ۲ امتیاز، گاهی اوقات: ۳ امتیاز، اغلب اوقات: ۴ امتیاز، همیشه: ۵ امتیاز) مشخص و میزان موافقت یا مخالفت آزمودنی آشکار می‌شود. برای تحلیل پرسش‌نامه نمره‌های به‌دست‌آمده را جمع و به‌صورت زیر ارزیابی می‌کنیم:

حداقل امتیاز ممکن ۱۹ و حداکثر ۹۵ خواهد بود. نمره‌ی بین ۱۹ تا ۳۸ میزان برخورداری از حمایت کم خانواده را مشخص می‌کند. نمره‌ی بین ۳۸ تا ۵۷ میزان برخورداری متوسط فرد از حمایت خانواده را مشخص می‌کند. نمره‌ی بیشتر از ۵۷ میزان برخورداری زیاد فرد از حمایت خانواده را اعلام می‌کند. برای به‌دست‌آوردن نمره‌ی کل، تمام امتیازات با هم جمع می‌شوند. نمره‌ی زیاد آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت خانواده مطلوب برخوردار است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. تمناپی‌فر و منصوری‌نیک ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند (۲۰).

برای اندازه‌گیری فشارخون، آزمودنی‌ها ابتدا ۱۰ دقیقه استراحت کردند. سپس با دستگاه اندازه‌گیری فشارسنج عقربه‌ای استاندارد بریسک HS20A، فشارخون آن‌ها دو بار با فاصله‌ی ۵ دقیقه از دست راست در حالت نشسته اندازه‌گیری و متوسط آن به‌عنوان فشارخون سیستولی و دیاستولی ثبت شد.

جلسات آموزشی در دو جلسه و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه و طی یک ماه فقط برای همسران (بانوان) بیماران مرد دارای فشارخون

شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. از آمار توصیفی برای گزارش میانگین و انحراف معیار در تمام داده‌های کمی و از آزمون تی مستقل برای مقایسه‌ی نمره‌های سازه‌های مختلف مدل بین گروه مداخله و کنترل و از آزمون تی زوجی برای مقایسه‌ی نمره‌ی سازه‌های مدل، قبل و بعد از مداخله در هر گروه و از آزمون کای دو برای ارزیابی هم‌قواری متغیرهای اسمی استفاده شد. همچنین از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته استفاده شد. سطح معناداری $P < 0/05$ در تمام تحلیل‌های آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمون $7/71 \pm 54/67$ و گروه کنترل $7/1 \pm 56/92$ سال بود ($P = 0/113$). میانگین و انحراف معیار مدت بیماری در گروه آزمون $4/07 \pm 5/60$ و گروه کنترل $4/92 \pm 5/75$ سال بود ($P = 0/866$). آزمون کای دو نشان داد بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری در متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل تحصیلات، شغل و میزان درآمد وجود ندارد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱). آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت معنی‌داری در متغیرهای سن و مدت بیماری بین گروه آزمون و کنترل وجود ندارد ($P > 0/05$). با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در گروه آزمون و کنترل چنین نتیجه‌ای مورد انتظار بود؛ در واقع معنی‌دار نشدن آن‌ها، تخصیص تصادفی نمونه‌ها را در دو گروه تأیید می‌کند.

بهتری برای ارتقای حمایت اجتماعی درک شده به دست آید. همچنین سعی شد نکاتی در پذیرفتن نواقص همسر گفته شود و همسر بتواند بیمار را به سمت همدلی، مراقبت و توجه بیشتر و نیز فراهم کردن محیطی آرام، بدون تنش و ایجاد اطمینان خاطر و ابراز محبت و علاقه رهنمون کند تا حمایت مهربانی و مادی بیماران نیز فراهم شود. برای افزایش تعامل اجتماعی مثبت، فونونی در مورد این ذکر شد که زن باید مایه‌ی آرامش خانه باشد تا خیال همسر راحت شود. در جلسات آموزشی متناسب با فراگیران و محتوای آموزشی و نیز اهداف رفتاری طراحی شده برای جلسات، از روش سخنرانی کوتاه‌مدت، بحث گروهی، بارش افکار، اسلاید، بروشور و پمفلت استفاده شد. در پایان هر جلسه زمانی برای پاسخ به پرسش‌ها و ابهامات بیماران در نظر گرفته شد. مدرس این جلسه‌ها دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بود که محتوای آموزشی بر اساس نیازسنجی و با مشاوره‌ی دیگر متخصصان آموزش بهداشت و روان‌شناسان انتخاب شده بود.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، داده‌ها در نهایت محرمانه ماندن و بدون درج ویژگی‌های فردی، با آگاهی بیماران و بر اساس هماهنگی‌های صورت گرفته از دانشگاه علوم پزشکی قم و با توجه به تصویب آن در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه با کد IR.MUQ.REC.1397.197 و با گرفتن رضایت‌نامه‌ی کتبی، از مردان دارای فشارخون بالا جمع‌آوری شد. در پایان پژوهش به افراد گروه کنترل نیز بسته‌ی آموزشی شامل بروشور و پمفلت داده

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی توزیع فراوانی مشخصات فردی گروه‌های آزمون و کنترل

سطح معناداری	کنترل		آزمون		گروه	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$P = 0/921$	۴۳	۷۶/۸	۴۰	۷۱/۴	ابتدایی	تحصیلات
	۴	۷/۱	۷	۱۲/۵	راهنمایی	
	۴	۷/۱	۴	۷/۱	دیپلم	
	۲	۳/۶	۲	۳/۶	فوق‌دیپلم	
	۳	۵/۴	۳	۵/۴	لیسانس و بالاتر	
	۲	۳/۶	۲	۳/۶	بیکار	
	۵	۷/۱	۵	۸/۹	کارمند	
$P = 0/255$	۱۷	۳۰/۴	۲۴	۴۲/۹	کارگر	شغل
	۱۱	۱۹/۶	۱۴	۲۵	آزاد	
	۲۲	۳۹/۳	۱۱	۱۹/۶	بازنشسته	
$P = 0/555$	۲۰	۳۵/۷	۲۱	۳۷/۵	کمتر از ۷۰۰ هزار تومان	درآمد
	۲۴	۴۲/۹	۱۹	۳۳/۹	بین ۷۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰ هزار تومان	
	۱۲	۲۱/۴	۱۶	۲۸/۶	بیشتر از ۱۵۰۰۰۰۰ هزار تومان	

یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره‌ی اغلب ابعاد رفتارهای خودمراقبتی (پایبندی به درمان، رژیم کم‌نمک، فعالیت بدنی، مدیریت وزن، اندازه‌گیری منظم فشارخون) بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله معنی‌داری وجود نداشت؛ اما بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار ابعاد خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

خودمراقبتی	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		T زوجی	اختلاف میانگین	انحراف معیار
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
پایبندی به درمان	آزمون	۱۳/۸۳	۸/۴۶	۱۹/۱۷	۵/۵۶	$(P < 0/001)$	۵/۳۳	۷/۶۵
	کنترل	۱۵/۷۵	۸/۷۵	۱۶/۲۳	۸/۳۹	$P = 0/612$	۰/۴۸۲	۷/۰۶
	T مستقل	$P = 0/243$		$P = 0/031$			$P = 0/001$	
رژیم کم‌نمک	آزمون	۶۲/۹۸	۸/۲۸	۷۵/۰۱	۷/۳۴	$(P < 0/001)$	۱۲/۰۳	۹/۴۰
	کنترل	۶۱/۵۷	۱۰/۶۵	۵۷/۳۰	۱۰/۷۶	$P = 0/006$	-۴/۲۶	۱۱/۱۲
	T مستقل	$P = 0/436$		$(P < 0/001)$			$(P < 0/001)$	
فعالیت بدنی	آزمون	۷/۲۳	۶/۱۹	۱۱/۹۸	۴/۱۸	$(P < 0/001)$	۴/۷۵	۶/۸۰
	کنترل	۸/۶۲	۵/۵۶	۹/۲۶	۵/۷۷	$P = 0/484$	۰/۶۴۲	۶/۸۳
	T مستقل	$P = 0/213$		$P = 0/005$			$P = 0/002$	
عدم سیگار کشیدن	آزمون	۱۱/۵۷	۳/۶۱	۱۲/۹۲	۲/۴۷	$P = 0/001$	۱/۴۱	۳/۰۰۷
	کنترل	۱۳/۰۱	۹/۲۶	۱۲/۰۱	۳/۱۹	$P = 0/351$	-۱/۰۸	۸/۶۷
	T مستقل	$P = 0/234$		$P = 0/095$			$P = 0/044$	
مدیریت وزن	آزمون	۳۷/۸۵	۷/۸۲	۴۷/۲۵	۷/۹۶	$(P < 0/001)$	۹/۳۹	۹/۹۳
	کنترل	۳۹/۳۰	۶/۸۴	۳۹/۶۴	۹/۲۷	$P = 0/731$	۰/۳۳	۷/۳۵
	T مستقل	$P = 0/300$		$(P < 0/001)$			$(P < 0/001)$	
اندازه‌گیری منظم فشار خون	آزمون	۰/۹۶۴	۱/۵۰	۲/۱۷	۲/۱۲	$(P < 0/001)$	۱/۲۱	۲/۴۴
	کنترل	۱	۱/۷۷	۰/۹۱	۱/۷۹	$P = 0/724$	-۰/۰۸۹	۱/۸۸
	T مستقل	$P = 0/909$		$P = 0/001$			$P = 0/002$	

آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله در مورد فشارخون سیستولیک نشان داد ($P < 0/001$)؛ اما این آزمون تفاوت معنی‌داری را بین اختلاف میانگین گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله در مورد فشارخون دیاستولیک نشان نداد ($P = 0/117$) (جدول ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار ابعاد فشارخون سیستول و دیاستول قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

فشارخون	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		T زوجی	اختلاف میانگین	انحراف معیار
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
فشارخون سیستول	آزمون	۱۳/۰۸	۱/۸۷	۱۲/۱۹	۱/۵۳	$(P < 0/001)$	-۰/۸۹	۱/۴۲
	کنترل	۱۲/۷۶	۱/۳۸	۱۲/۸۵	۱/۲۴	$P = 0/589$	۰/۰۸۹	۱/۲۲
	T مستقل	$P = 0/304$		$P = 0/014$			$(P < 0/001)$	
فشارخون دیاستول	آزمون	۹/۶۰	۹/۶۷	۷/۷۴	۰/۹۶۲	$P = 0/152$	-۱/۸۶	۹/۶۱۲
	کنترل	۸/۰۶	۱/۱۶	۸/۲۴	۱/۱۹	$P = 0/252$	۰/۱۷	۱/۱۵
	T مستقل	$P = 0/238$		$P = 0/001$			$P = 0/117$	

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمره‌ی کل حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار نداشت؛ اما اختلاف میانگین بین گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول ۴).

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد حمایت اجتماعی همسر قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

اختلاف میانگین		T زوجی	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	حمایت اجتماعی همسر
انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۴/۶۲	۶/۸۵	$P=۰/۰۱$	۱۰/۹۱	۳۹/۵۵	۱۱/۶۵	۳۲/۶۹	آزمون	حمایت اطلاعاتی هیجانی
۶/۵۸	-۲/۰۳	$P=۰/۰۲۴$	۸/۵۲	۳۲/۷۳	۷/۷۸	۳۴/۷۶	کنترل	
	($P<۰/۰۰۱$)		($P<۰/۰۰۱$)		$P=۰/۲۷۱$		T مستقل	
۲/۴۷	۲/۳۰	($P<۰/۰۰۱$)	۱/۵۲	۱۹/۴۲	۲/۵۰	۱۷/۱۲	آزمون	حمایت ملموس
۱/۹۲	-۰/۳۵	$P=۰/۱۷۰$	۳/۴۴	۱۷/۹۶	۲/۸۸	۱۸/۳۲	کنترل	
	($P<۰/۰۰۱$)		$P=۰/۰۰۵$		$P=۰/۰۲۱$		T مستقل	
۲/۳۶	۲/۰۸	($P<۰/۰۰۱$)	۱/۹۱	۱۴/۳۲	۲/۹۹	۱۲/۲۳	آزمون	مهربانی
۱/۸۴	-۰/۰۱۷	$P=۰/۹۴۲$	۲/۹۹	۱۲/۸۹	۳/۱۹	۱۲/۹۱	کنترل	
	($P<۰/۰۰۱$)		$P=۰/۰۰۳$		$P=۰/۲۴۹$		T مستقل	
۱۰/۲۷	-۰/۲۵	$P=۰/۸۵۶$	۱/۷۷	۱۴/۳۰	۱۰/۵۶	۱۴/۵۵	آزمون	تعامل اجتماعی مثبت
۵/۲۰	۰/۶۲۵	$P=۰/۳۷۳$	۵/۹۳	۱۳/۸۷	۲/۹۸	۱۳/۲۵	کنترل	
	$P=۰/۵۷۱$		$P=۰/۶۰۶$		$P=۰/۳۷۶$		T مستقل	
۲۰/۵۷	۱۱/۵۸	($P<۰/۰۰۱$)	۱۴/۰۴	۹۲/۴۱	۲۰/۹۲	۸۰/۸۲	آزمون	حمایت اجتماعی (نمره کل)
۱۰/۴۴	-۱/۹۲	$P=۰/۱۷۳$	۱۸/۱۲	۸۱/۸۵	۱۵/۴۳	۸۳/۷۸	کنترل	
	($P<۰/۰۰۱$)		$P=۰/۰۰۱$		$P=۰/۳۹۵$		T مستقل	

متغیر مداخله و متغیر پایبندی به درمان قبل از مداخله‌ی آموزشی، متغیر مدیریت وزن قبل از مداخله نیز باعث معنی‌دار شدن نمره‌ی پس‌آزمون بیماران شده است ($P<۰/۰۵$). همچنین این آزمون نشان داد در مؤلفه‌های رژیم کم‌نمک و سیگار کشیدن متغیرهای مختلفی باعث معنی‌دار شدن نمره‌ی پس‌آزمون بیماران شده است (جدول ۵ و ۶).

آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی مؤلفه‌های مختلف رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نشان داد در مؤلفه‌های فعالیت بدنی، مدیریت وزن، اندازه‌گیری منظم فشارخون و فشارخون سیستولیک فقط متغیر مداخله و متغیرهای قبل از مداخله هریک از مؤلفه‌ها باعث معنی‌دار شدن نمره‌ی پس‌آزمون بیماران شده است ($P<۰/۰۵$)؛ اما در مؤلفه‌ی پایبندی به درمان دارویی علاوه بر

جدول شماره ۵: عوامل مؤثر بر رفتار خودمراقبتی رژیم کم‌نمک بر اساس مدل تحلیل کوواریانس

P	F	میانگین مربعات	مجذور مربعات	متغیر وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس
$P<۰/۰۰۱$	۱۰۱/۵۳	۷۱۰۵/۶۷	۷۱۰۵/۶۷	مداخله‌ی آموزشی
$P<۰/۰۰۱$	۱۹/۵۴	۱۳۶۷/۶۰۲	۱۳۶۷/۶۰۲	رژیم کم‌نمک قبل آموزش
$P=۰/۰۱۰$	۶/۹	۴۸۳/۸۹	۴۸۳/۸۹	فعالیت بدنی قبل از آموزش
$P=۰/۰۱۵$	۶/۰۷	۴۲۵/۰۹	۴۲۵/۰۹	مدیریت وزن قبل از آموزش

جدول شماره ۶: عوامل مؤثر بر رفتار خودمراقبتی کشیدن سیگار بر اساس مدل تحلیل کوواریانس

P	F	میانگین مربعات	مجذور مربعات	متغیر وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس
$P=۰/۰۱۸$	۵/۸۰	۳۸/۳۰	۳۸/۳۰	مدت بیماری
$P=۰/۰۰۶$	۸/۰۱۶	۵۲/۹۰	۵۲/۹۰	پایبندی به درمان قبل از آموزش
$P=۰/۰۳۷$	۴/۴۵	۲۹/۴۱	۲۹/۴۱	حمایت دریافتی از سوی همسر قبل از آموزش
$P=۰/۰۰۴$	۸/۹۰	۵۸/۷۳	۵۸/۷۳	سیگار کشیدن قبل از آموزش
$P=۰/۰۱۲$	۶/۵۹	۴۳/۴۹	۴۳/۴۹	مداخله‌ی آموزشی
$P=۰/۰۳۳$	۴/۶۷	۳۰/۸۲	۳۰/۸۲	سن

بحث

نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره‌ی هریک از رفتارهای خودمراقبتی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله‌ی آموزشی اختلاف معناداری نداشت؛ درحالی‌که میانگین نمره‌ی اغلب رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمون بعد از مداخله‌ی آموزشی افزایش معنادار پیدا کرد؛ اما در گروه کنترل این افزایش معنادار مشاهده نشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر تأثیر مثبت حمایت اجتماعی همسر را بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل با یافته‌های مطالعات ایزدی‌راد و همکاران (۲۱)، باقیانی مقدم و همکاران (۲۲)، هزاوه‌ای و همکاران (۲۳) و Maglione و همکاران (۲۴) همخوانی دارد. آن‌ها نشان دادند بعد از مداخله، در گروه آزمون میانگین نمره‌ی رفتارهای خودمراقبتی مانند پیاده‌روی، ورزش، مصرف منظم دارو و استفاده از رژیم غذایی مناسب افزایش معنادار داشته است. همچنین نتایج مطالعه‌ی محبی و همکاران (۲۵) نیز نتایج حاضر را تقویت می‌کند. یافته‌های تحقیق شاه‌آبادی و همکاران (۲۶) نشان داد هر چقدر از نظر شخص بیمار، او تحت حمایت بیشتری از جانب همسر و اطرافیان قرار گرفته باشد، نسبت به پیروی از فعالیت‌های خودمراقبتی وفادارتر است. ثنایی و همکاران (۲۷) نیز در مطالعه‌ی خود تحت عنوان «تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر میزان همکاری خانواده در تبعیت از رژیم‌درمانی بیماران» به این نتیجه رسیدند که تبعیت از درمان در گروه آزمون افزایش معنادار داشته است.

آزمون کوواریانس در مطالعه‌ی حاضر نشان داد دلیل ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران پرفشاری خون، مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر حمایت اجتماعی همسر است؛ یعنی حمایت اجتماعی با انجام رفتارهای خودمراقبتی رابطه‌ی مستقیمی دارد. انجام رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت در میان افرادی بیشتر دیده می‌شود که در تماس‌های روزانه با شریک زندگی‌شان هستند و این رفتارها بیشتر از طرق کنترل مستقیم اجتماعی از قبیل یادآوری، تشویق، پایش و یا حتی تهدید صورت می‌گیرد (۲۸). پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی با رفتارهایی همچون تبعیت از رژیم دارویی و اندازه‌گیری منظم فشارخون در بیماران ارتباط دارد که این نتیجه با نتایج مطالعه‌ی Hu و همکاران (۲۹)،

امیدی و همکاران (۱۶) و طاهر و همکاران (۳۰) همسو است. در مطالعه‌ی حاضر افزایش میزان حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر باعث شد فعالیت فیزیکی بیماران افزایش یابد. این نتیجه با مطالعه‌ی Idown همسو است. در مطالعه‌ی Idown فعالیت بدنی با ساختارهای روانی اجتماعی مثل حمایت اجتماعی همراه است (۳۱). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش براتی همخوانی دارد؛ چراکه افراد متأهل رفتارهای خودتنظیمی (کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، ترک مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشارهای روحی و روانی، تغذیه‌ی سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو) مناسب‌تری نسبت به دیگران داشته‌اند (۳۲).

با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از مراقبت‌های این بیماران در منزل انجام می‌شود، نمی‌توان نقش خانواده را در سازگاری بیماران و تنش‌های ناشی از فشارخون نادیده گرفت. به نظر می‌رسد مداخله‌ی آموزشی باعث شد زنان نسبت به بیماری همسرشان توجه کافی داشته باشند و دستورالعمل‌های تهیه و پخت غذای کم‌نمک و کم‌چربی را رعایت کنند و بیماران را به مصرف به‌موقع داروها و طبق تجویز پزشک تشویق کنند. در توجیه این مسئله می‌توان از خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع دریافت حمایت اجتماعی نام برد. خانواده با ارائه‌ی حمایت‌های اجتماعی متفاوت (حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و خودارزیابی) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تقویت‌کننده‌ی رفتارهای بهداشتی، نقش بسیار زیادی در انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران ایفا می‌کند و باعث ارتقای این رفتارها شده است. مداخله‌ی آموزشی انجام‌شده روی همسران بیماران باعث شد نگرش و رفتار بیماران مبتلابه فشارخون بالا تغییر کند و حساسیت بیماران نسبت به فشارخون و عوارض جدی‌ای که بر ارگان‌های مختلف بدن بر جای می‌گذارد بیشتر شود و نسبت به فواید رژیم‌درمانی و رفتارهای خودمراقبتی توصیه‌شده اعم از رژیم غذایی کم‌نمک و کم‌چربی و مملو از میوه و سبزیجات، رژیم دارویی توصیه‌شده طبق تجویز پزشک، فعالیت بدنی و ترک سیگار علاقه نشان دهند و این اصول درمانی را برای حفظ سلامتی و پیشگیری و کنترل از بیماری در زندگی روزمره‌ی خود رعایت کنند.

نداشت؛ اما بعد از مداخله با توجه به حضور همسران بیماران در جلسات آموزشی و نیز برنامه‌ی آموزشی اجرا شده برای آن‌ها، میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر در گروه آزمون افزایش معناداری داشته است. این نتایج با نتایج مطالعه محبی و همکاران (۳۷) همسو است.

در نهایت از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و مطالعات دیگر در این حیطه می‌توان استنتاج کرد که ماهیت بیماری، نوع درمان و کنترل آن ایجاب می‌کند بخش عمده‌ای از درمان بر عهده‌ی بیمار و خانواده‌اش باشد. به نظر می‌رسد بیماران مبتلابه فشارخون بالا به حمایت از سوی خانواده و همسر خود محتاج باشند. به‌رحال حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد دلگرمی دهد و سبب افزایش عزت نفس در او شود و او را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده کند. آموزش اعضای خانواده و افزایش آگاهی و نگرش آن‌ها، خصوصاً مادران، تأثیر زیادی بر افزایش آگاهی و نگرش همسران نسبت به بیماری فشارخون بالا و عوارض آن دارد. به نظر می‌رسد در مطالعه‌ی حاضر همسران افراد بیمار با آموزش‌هایی که در زمینه‌ی بیماری فشارخون بالا و جدی بودن این بیماری کسب کرده‌اند، توانسته‌اند بر رفتارهای خودمراقبتی همسران خود تأثیر زیادی بگذارند و بیماران را به انجام رفتارهای خودمراقبتی تشویق کنند. از طرفی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی باعث کاهش فشارخون سیستولیک در بیماران شد. پیشنهاد می‌شود پزشکان و دیگر مراقبان سلامت که مسئولیت درمان و کنترل بیماری‌های مزمن خصوصاً فشارخون را بر عهده دارند، در برنامه‌های خود موضوع حمایت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن و رفتارهای خودمراقبتی را برای کاهش فشارخون بیماران در نظر بگیرند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که مطالعه‌ی حاضر فقط روی بیماران مرد انجام گرفت؛ بنابراین، برای مقایسه‌ی تفاوت جنسیت در رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت، تحقیق در بیماران مؤنث نیز ضروری است. از نقاط قوت این مطالعه نیز مداخله‌ای و تئوری محور بودن آن و اجرای آن در گروه‌های مورد مواجهه‌ی بیماری بود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر این است که فشارخون سیستول و دیاستول بیماران قبل از مداخله‌ی آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری ندارد، ولی با انجام مداخله‌ی آموزشی و افزایش میزان حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسران، فشارخون سیستول گروه آزمون کاهش معناداری پیدا کرد، ولی کاهش فشارخون دیاستول معنادار نبوده است. در صورتی که فشارخون سیستول و دیاستول گروه کنترل کاهش معنادار نداشت. این نتایج با نتایج مطالعه‌ی جعفری و همکاران (۳۳)، ایزدی‌راد و همکاران (۲۱) و امیدوی و همکاران (۱۶) از نظر کاهش فشارخون سیستول همخوانی دارد. آنان بر درگیری اعضای خانواده و حمایت اجتماعی در کنترل فشارخون سیستول و دیاستول تأکید دارند.

مطالعه‌ی موربسیکی (۳۴) که درباره‌ی مشارکت دادن اعضای خانواده در برنامه‌ی درمانی بیماران مبتلابه پرفشاری خون بود، تأثیر مثبت و مؤثر خانواده در کنترل پرفشاری خون را نشان داد که با نتایج مطالعه‌ی ما از لحاظ کاهش فشار سیستولیک همسو است. در مطالعه‌ی نوری و همکاران در بیماران دارای فشارخون بالا نتایج پژوهش نشان داد الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران در گروه آزمون شد. همچنین میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران در این گروه به‌طور معناداری کاهش یافت که با مطالعه‌ی حاضر از لحاظ کاهش میانگین فشارخون سیستول همخوانی دارد (۳۵).

در مطالعه‌ی حاضر حمایت همسر باعث کاهش معنی دار فشارخون دیاستول بیماران نشد که با مطالعه‌ی Woollard و همکاران (۳۶) در استرالیا همخوانی دارد. آنان نشان دادند مشاوره بر کنترل فشارخون تأثیر نداشته است. در مطالعه‌ی حاضر می‌توان دلیل عدم کاهش فشارخون دیاستول را کمبود جلسات آموزشی و مدت زمان کم بین مداخله‌ی آموزشی و اندازه‌گیری فشارخون پس از آموزش در نظر گرفت؛ چراکه فشارخون دیاستول در مدت زمان طولانی و با انجام رفتارهای خودمراقبتی مربوطه کاهش پیدا می‌کند.

نتایج نشان داد قبل از مداخله تفاوت معنی داری در میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسران بین دو گروه وجود

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد آموزش مبتنی بر حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر باعث ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و کاهش فشارخون سیستولیک در بیماران مبتلابه فشارخون بالا می شود. همسران افراد بیمار می توانند شرایط خوبی را برای کنترل و بهبود بیماری فراهم کنند. پیشنهاد می شود حمایت اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر آن و رفتارهای خودمراقبتی و عوامل تسهیل کننده‌ی این رفتارها، در خانواده شناسایی و موانع موجود برای انجام حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی شناخته شود و برای انجام مداخلات برنامه ریزی شده برای ارتقای سطح رفتارهای خودمراقبتی و ارزش نهادن به حمایت اجتماعی در خانواده و جامعه گام برداشته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت با کد IR.MUQ.REC.1397.197 در دانشگاه علوم پزشکی قم است. پژوهشگران از تمام مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی قم، مسئولان مراکز بهداشت و تمام افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان موردی را بیان نکرده‌اند.

References:

1. Bakhtiari A, Neshat DH, Abedi A, Sadeghi M. Effectiveness of group therapy based on detached mindfulness meta-cognitive model on hypertension-suffering female patients hypertension and anxiety. Clin Psychol Personal 2013;20(8):47-62. [Full Text in Persian] Link
2. Akhter N. Self-management among patient with hypertension in Bangladesh. Thailand: Prince of Songkla University; 2010. Link
3. Perez V, Chang ET. Sodium-to-potassium ratio and blood pressure, hypertension, and related factors. Adv Nutr 2014;5(6):712-41. PMID: 25398734
4. Gupta S, Geeta K, Mehto G. Self-care behaviour practices and related factors among hypertensive men and women in Delhi. Asian J Multidiscip Stud. 2016;4(1):2348-7186. Link
5. Hazavehei SM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R, Yazdi AH. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. Koomesh 2015;17(1):37-44. [Full Text in Persian] Link
6. World Health Organization. Regional office for the eastern Mediterranean. Geneva: World Health Organization; 2009. Link
7. Karimi M, Clark AM. How do patients' values influence heart failure self-care decision-making?: A mixed-methods systematic review. Int J Nurs Stud 2016;59:89-104. PMID: 27222454
8. Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, et al. Self-care assessment of patients with hypertension in Qom city in 2016 (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018;12(4):72-80. [Full Text in Persian] Link
9. Gangi S, Peyman N, Meysami BS, Esmaily H. Effect of self-care training program on quality of life and health literacy in the patients with essential hypertension. Med J Mashhad Univ Med Sci 2018;60(6):792-803. [Full Text in Persian] Link
10. Ebrahim E, Monireh A, Eesa M. The impact of group discussion with high school youth on lifestyle of their parents having high blood pressure. J Kermansha Univ Med Sci 2012;16(6):445-56. [Full Text in Persian] Link
11. Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure. Iran J Nurs 2012;25(75):21-31. [Full Text in Persian] Link

12. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. *Iran J Nurs* 2009;22(59):23-32. [Full Text in Persian] Link
13. Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *J Diabetes Metab Disord* 2011;10:21. Link
14. Abrahamian FM, DeBlieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper KV Jr, et al. Health care-associated pneumonia: Identification and initial management in the ED. *Am J Emerg Med* 2008;26(6 Suppl):1-11. PMID: 18603170
15. Sadeghi M, Pedram Razi S, Nikbakht Nasrabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerment model and family-center empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *J Nurs Educ* 2013;2(3):18-27. [Full Text in Persian] Link
16. Omidi a, Mirzaei Z, Khodaveisi M, Moghimbeigi A, Arabi A. The correlation between social support and management of hypertension in menopausal females at the Farshchian Hospital, Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery* 2017;25(2):75-83. [Full Text in Persian] Link
17. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *J Natl Med Assoc* 2011;103(6):503-12. PMID: 21830634
18. Khosravizade A, Hassanzadeh A, Mostafavi F. The impact of self-efficacy education on self-care behaviours of low salt and weight setting diets in hypertensive women covered by health-care centers of Dehaghan in 2013. *J Pak Med Assoc* 2015;65(5):506-11. PMID: 26028385
19. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-14. PMID: 2035047
20. Tamannaefifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. *Quart J Res Plan Higher Educ* 2014;20(1):149-66. [Full Text in Persian] Link
21. Izadirad H, Masoudi GH, Zareban I, Shahraki Poor M, Jadgal K. The effect of educational program based on BASNEF Model on women's blood pressure with hypertension. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2013;1(2):22-31. [Full Text in Persian] Link
22. Baghianimoghadam MH, Rahaee Z, Morowatisharifabad MA, Sharifirad G, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNEF model in hypertensive patients. *J Res Med Sci* 2010;15(2):70-7. PMID: 21526062
23. Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzadeh AK, Rashidi MO. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). *Iran J Endocrinol Metab* 2008;10(2):145-54. [Full Text in Persian] Link
24. Maglione JL, Hayman LL. Correlates of physical activity in low income college students. *Res Nurs Health* 2009;32(6):634-46. PMID: 19777502
25. Mohebi S, Azadbakht L, Feyzi A, Sharifirad G, Hozori M, Sherbafchi M. Relationship of perceived social support with receiving macronutrients in women with metabolic syndrome a cross sectional study using path analysis study. *Iran J Endocrinol Metab* 2013;15(2):121-31. [Full Text in Persian] Link
26. Zare Shahabadi A, Hajizade Meimandi M, Ebrahimi Sadrabadi F. Influence of social support on treatment of type II diabetes in Yazd. *J Shaeed Sdoughi Univ Medical Sci* 2010;18(3):277-83. [Full Text in Persian] Link
27. Sanaie N, Bahramnezhad F, Zolfaghari M, Alhani F. The effect of family-centered empowerment model on treatment plans adherence of patients undergoing coronary artery bypass graft. *Crit Care Nur J* 2016;9(3):e6494 Link

28. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2224-60. PMID: 23245609
29. Hu HH, Li G, Arao T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *J Hum Hypertens* 2015;29(3):198-203. PMID: 25008000
30. Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The relation between social support and adherence to the treatment of hypertension. *J Educ Community Health* 2014;1(3):63-9. [Full Text in Persian] Link
31. Idowu OA, Adeniyi AF, Atijosan OJ, Ogwumike OO. Physical inactivity is associated with low self efficacy and social support among patients with hypertension in Nigeria. *Chronic Illn* 2012;9(2):156-64. PMID: 23175759
32. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. *J Fasa Univ Med Sci* 2011;1(3):116-22. [Full Text in Persian] Link
33. Jaffary Varjoushai N, Anousheh M, Ahmadi F, Namadian M. Effect of family counseling on blood pressure in women suffering from hypertension. *J Adv Med Biomed Res* 2004;12(47):23-9. [Full Text in Persian] Link
34. Morisky DE, Lees NB, Sharif BA, Liu KY, Ward HJ. Reducing disparities in hypertension control: a community-based hypertension control project (CHIP) for an ethnically diverse population. *Health Prom Pract* 2002;3(2):264-75. Link
35. Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in patients with hypertension. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015;25(127):100-7. [Full Text in Persian] Link
36. Woollard J, Burke V, Beilin LJ. Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *J Hum Hypertens* 2003;17(10):689-95. PMID: 14504627
37. Mohebi S, Azadbakhat L, Feyzi A, Hozoori M, Sharifirad G. Effect of social support from husband on the control of risk factors for metabolic syndrome. *Iran J Endocrinol Metab* 2014;16(1):11-9. [Full Text in Persian] Link