

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

غلامحسین محمودی راد^۱، فاطمه محلی^۲، فاطمه الحانی^۳

مقاله پژوهشی

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال دوم، شماره ۳ و ۴، پاییز و زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۱۳۶-۱۲۸

چکیده

زمینه و هدف: خانواده تأثیر انکارناپذیری بر رفتار و سبک زندگی بیماران دارد. توانمندسازی خانواده محور، الگویی است که جهت بهبود کیفیت زندگی و تغییر سبک زندگی بیماران مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و با توجه به این که تغییر سبک زندگی در بیماری پرفشاری خون از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد؛ بنابراین هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که بر روی ۶۷ بیمار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قاین در سال ۱۳۹۲ انجام شد. پس از انتخاب افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، افراد تحت پژوهش به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۳۵ نفر) و مداخله (۳۲ نفر) تقسیم شدند. الگوی توانمندسازی خانواده محور برای گروه مداخله با چهار بعد «تهدید درک شده، خودکارآمدی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی» در طی ۶ جلسه و به مدت ۲/۵ ماه انجام شد و برای گروه کنترل مراقبت رایج اجرا گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته سبک زندگی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و توسط آزمون‌های کای دو، تی مستقل، تی زوجی، ویلکاکسون و من ویتنی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی سبک زندگی در گروه مداخله قبل از مداخله $21/06 \pm 106/71$ و بعد از مداخله $14/54 \pm 135/04$ به دست آمد. آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری را بین نمره کل و ابعاد سبک زندگی قبل و بعد از مداخله نشان داد ($P = 0/001$)؛ همچنین بر طبق آزمون تی مستقل، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کل سبک زندگی گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله مشاهده شد ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر تغییر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: الگوی توانمندسازی خانواده محور، پرفشاری خون، سبک زندگی

نویسنده مسؤول:

فاطمه محلی

دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

پست الکترونیک:

fatemeh_mohalli@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۲۵

مقدمه

گزارش هفتمین کمیته ملی مشترک در پیشگیری، تشخیص، ارزیابی و درمان فشار خون (Joint National Committee-7 یا JNS-7) در سال ۲۰۰۳ اعلام کرد که حدود ۳۰ درصد از افراد بزرگسال از فشار خون خود بی‌اطلاع هستند. ۴۰ درصد از افراد مبتلا به فشار خون درمان دریافت نمی‌کنند و از افراد تحت درمان، ۶۷ درصد توانسته‌اند فشار خون خود را کنترل کنند و به کمتر از $140/90$ میلی‌متر جیوه برسانند.^۱ نگاهی به مطالعات نشان می‌دهد که آگاهی و بیماریابی فشار خون در جهان و ایران در حد مطلوبی نیست. حتی در موارد تحت درمان نیز کنترل کافی و مناسب صورت نمی‌گیرد. به ترتیب میزان آگاهی در آمریکا، چین و تهران $78/7$ ، $44/7$ و 50 درصد؛ میزان درمان به ترتیب $69/1$ ، $28/2$ و

بیماری پرفشاری خون از جمله بیماری‌های شایع، مزمن و عود کننده می‌باشد که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌ها است. این بیماری در عصر حاضر، قابل پیشگیری می‌باشد و به علت ایجاد عوارض یا تغییرات وسیع طولانی مدت در رفتارهای مربوط به سبک زندگی، از نظر درمانی اختلالی دشوار و چالش برانگیز و پراهمیت در سراسر دنیا محسوب می‌شود^۱ و ۲۵ درصد افراد بالغ و ۵۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال جهان را متأثر کرده است^۲ و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵، ۲۹ درصد از جمعیت بزرگسال جهان را درگیر کند.^۳ دلاوری و همکاران در طی تحقیقی شیوع پرفشاری خون را در مردان و زنان ایرانی به ترتیب $25/31$ و $26/05$ درصد اعلام نمودند.^۴ با وجود درمان‌های مقتضی، کنترل و درمان بیماری فشار خون مطلوب نیست؛ به طوری که

طراحی و مورد استفاده قرار گرفت، الگوی توانمندسازی خانواده محور است. این الگو، یک الگوی بومی و حاصل تحقیق کیفی از نوع گراند تئوری است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرایند روانی-اجتماعی مسأله و منتج شده متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را طی کرد و سپس طی یک تحقیق کمی نیمه تجربی اجرا شد. این الگو با تأکید بر مؤثر بودن نقش خانواده در ابعاد انگیزشی، روان‌شناختی (دانش، نگرش و تهدید درک شده)، عملکردی (خودکارآمدی) و خودباوری (عزت نفس) طراحی شد و قادر است که به طور هم‌زمان دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات بیمار و خانواده را ارتقا دهد و هدف اصلی این الگو، توانمند شدن سیستم خانواده در جهت ارتقای سلامت می‌باشد. مراحل اصلی این الگو شامل درک تهدید، خودکارآمدی به روش مشکل‌گشایی، عزت نفس به روش مشارکت آموزشی و ارزشیابی است.

روش مراقبتی خانواده محور، افراد و خانواده‌ها را توانمند کرده، استقلال و عدم وابستگی را تقویت می‌کند و آن‌ها را در برنامه مراقبتی مشارکت می‌دهد، از تصمیم‌گیری و رایه مراقبت خانواده حمایت می‌کند و به انتخاب خانواده و بیمار و ارزش‌ها، عقاید و زمینه‌های فرهنگی آن‌ها احترام می‌گذارد.^{۱۶} مروری بر متون نشان دهنده تأثیر مثبت این الگو در تغییر سبک زندگی و ارتقای کیفیت زندگی برخی بیماران مزمن مانند کم‌خونی فقر آهن، تالاسمی، دیابت، آسم، MS (Multiple sclerosis)، سالمندان و بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بوده است.^{۱۵-۲۱} طبق جستجوی علمی که محقق انجام داد، مطالعه‌ای که در زمینه تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور در تغییر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون استفاده شده باشد، یافت نشد. بیماری پرفشاری خون یک بیماری مزمن با ماهیتی خاموش و متفاوت از بیماری‌های ذکر شده می‌باشد و بیماری از طرف فرد و خانواده به عنوان یک بیماری مهم تلقی نمی‌شود و در پی درمان و کنترل آن بر نمی‌آیند. بنا به ضرورت‌های بیان شده و اهمیت تغییر سبک زندگی بر پیش‌آگهی بیماری پرفشاری خون و کیفیت زندگی این بیماران، تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی ۶۷ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قاین در سال ۱۳۹۲ انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مشابه با ضریب اعتماد ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد (۶، ۵۳/۳ = X^2 و $X^1 = 27/86$ ، $S^2 = 30/92$ و $S^1 = 24/24$) برای هر گروه ۲۵ نفر برآورد شد^{۲۲} که به منظور افزایش دقت مطالعه، تعداد ۳۵ بیمار برای گروه کنترل و ۳۵ بیمار برای گروه مداخله انتخاب شدند. در ادامه کار از گروه مداخله ۳ نفر ریزش (یک نفر به دلیل بیماری فرزند و دو نفر به دلیل مسافرت و عدم شرکت در برنامه آموزشی)

۳۳ درصد و میزان کنترل به ترتیب ۴/۴۵، ۱/۸ و ۱۴ درصد گزارش شده است.^۶ این بیماری علاوه بر شیوع بالا و عوارض جدی، از لحاظ اقتصادی نیز هزینه‌های سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند. کل هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از پرفشاری خون در ایالات متحده آمریکا سالانه بیش از ۵۰ میلیارد دلار برآورد شده است^۸ و در صورت عدم کنترل مناسب بیماری، ۵۰ درصد بیماران در اثر بیماری عروق کرونر و نارسایی قلبی، حدود ۳۲ درصد در اثر سکته مغزی و حدود ۱۵-۱۰ درصد در اثر نارسایی کلیه فوت می‌کنند.^۹

آخرین دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی بیماری پرفشاری خون، درمان‌های غیر دارویی را به عنوان اولین خط درمانی برای بیماران که بیماری آن‌ها تازه تشخیص داده شده است، بیمارانی که بدون عوارض بیماری فشار خون هستند و به صورت درمان مکمل در کسانی که تحت درمان دارویی هستند، توصیه می‌کند.^{۱۰} نتایج تحقیقات بر روی فشار خون‌های خفیف نشان داده‌اند که درمان‌های غیر دارویی، عوارض و عوامل فشار خون را کاهش می‌دهد و می‌تواند به عنوان درمان اولیه برای فشار خون بالا به کار رود و استفاده از درمان‌های غیر دارویی، موجب استفاده کمتر از دارو و در نتیجه کاهش هزینه‌ها گردیده است و از سوی دیگر موجب کاهش خطرات ناشی از عوارض جانبی داروها می‌شود. نکته قابل توجه این که اصلاح سبک زندگی علاوه بر این که پرفشاری خون را کاهش می‌دهد، همچنین از بروز بیماری‌های دیگر پیشگیری می‌نماید و یا می‌تواند آن‌ها را کنترل نماید.^{۱۱} در این راستا سازمان جهانی بهداشت (WHO) یا World Health Organization) تغییر در سبک زندگی و کنترل مرتب فشار خون را در رأس دستورالعمل‌های راهنمای برنامه مبارزه با فشار خون اعلام کرده است.^۹ تغییر در شیوه زندگی بخشی اساسی در درمان بیماری پرفشاری خون می‌باشد. JNC کاهش وزن، تنظیم رژیم غذایی، فعالیت بدنی و اعتدال در مصرف الکل را به عنوان تغییر در شیوه زندگی ضروری می‌داند.^{۱۱}

برای تغییر سبک زندگی و کنترل بیماری از الگوها و مدل‌های مختلفی از جمله مصاحبه انگیزشی، انجام مشاوره، مدل اعتقاد بهداشتی و آموزش استفاده شده است. یکی از راهکارهای پیشنهادی در این زمینه، مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار است. به عنوان مثال در مطالعه بهرامی‌نژاد و همکاران مقایسه نتایج آموزش فردمدار با آموزش خانواده‌مدار جهت تغییر سبک زندگی در هر دو گروه یکسان بود، ولی پیگیری درمانی در گروه خانواده‌مدار به طور معنی‌داری بیشتر بود.^{۱۲} Flynn و همکاران حمایت اعضای خانواده را از عوامل تسهیل کننده در کنترل بیماری فشار خون بیان می‌کنند.^{۱۳} در امر کنترل بیماری فشار خون بر شرکت خانواده در برنامه آموزشی تأکید می‌شود^{۱۱} و در اکثر مطالعات انجام شده به آموزش خانواده از طریق بازدید منزل و مشاوره پرداخته‌اند.^{۱۳، ۱۴}

در حالی که مراقبت خانواده محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد؛^{۱۵} در این راستا مدل دیگری که برای تغییر سبک زندگی

بعد دخانیات شامل ۲ سؤال (یک سؤال چهار گزینه‌ای بین ۴-۱ امتیاز و یک سؤال سه گزینه‌ای بین ۳-۱ امتیاز و در مجموع بین ۲ تا ۷ امتیاز) بعد استرس شامل ۱۴ سؤال (۱۴ سؤال ۵ گزینه‌ای که امتیاز ۵ برای گزینه هیچ و امتیاز ۱ برای گزینه خیلی زیاد و در مجموع بین ۱۴ تا ۷۰ امتیاز) و در همه ابعاد بالاترین امتیاز به رفتار مطلوب داده می‌شود و در مجموع پنج بعد سبک زندگی ۱۸۷ امتیاز داشت.

نمونه‌گیری از بیمارانی که به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه می‌کردند و شرایط ورود به مداخله را داشتند، انجام شد و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند و بعد از مشخص کردن نیازهای توانمندی افراد، الگوی توانمندسازی خانواده محور در طی شش جلسه به صورت بحث گروهی و بر اساس گام‌ها و مراحل ذکر شده در الگو برای بیماران به اجرا درآمد. جلسات با هدف افزایش شدت درک شده از طریق افزایش دانش و آگاهی در مورد بیماری و درمان آن به عنوان گام اول (درک تهدید) و افزایش خودکارآمدی و عزت نفس به منظور مشارکت خود فرد در حل مشکلات به عنوان گام دوم (مشکل‌گشایی) برگزار گردید. در این مرحله بیمار ضمن آگاهی و شناخت عمیق نسبت به فرایند بیماری و عوارض آن، با اعتماد به نفس و احساس این‌که «من می‌توانم در بهبود وضعیتم نقش داشته باشم» در برنامه مراقبتی مشارکت فعال داشت. برای گام سوم (مشارکت آموزشی) نیز کارتهای مطالعه‌ای تهیه شد و در اختیار عضو فعال خانواده به منظور مشارکت وی در مراقبت از بیمار، قرار گرفت. گام چهارم، شامل ارزشیابی فرایند و نهایی بود که در ارزشیابی فرایند هر جلسه برای اطمینان از مشارکت ذهنی و عملی در برنامه‌های مراقبتی و اطمینان از پیگیری‌های لازم، جلسه قبل ارزشیابی می‌شد و ارزشیابی نهایی، ۱/۵ ماه بعد از مداخله به منظور اثربخشی الگو در دو گروه با تکمیل مجدد ابزارها انجام می‌شد (جدول ۱).^{۱۶}

نرم‌افزار SPSS جهت تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. از آمار توصیفی برای اندازه‌گیری میانگین و انحراف معیار در تمام داده‌های کمی و از آزمون تی مستقل، من ویتنی یو و کای دو برای مقایسه بین گروه مداخله و کنترل و از آزمون تی زوجی برای مقایسه وضعیت قبل و بعد از مداخله در هر گروه استفاده شد. سطح معنی‌داری $P < 0.05$ در تمام اندازه‌گیری‌ها در نظر گرفته شد.

داشت. در نهایت مطالعه با ۳۲ بیمار در گروه مداخله و ۳۵ بیمار در گروه کنترل صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل مبتلا به پرفشاری خون اولیه تأیید شده توسط متخصص قلب و عروق، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی-درمانی (بیمار و عضو فعال خانواده از پرسنل مرکز نباشند)، سن ۵۵-۳۵ سال، گذشتن حداقل شش ماه از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به بیماری‌های دیابت و نارسایی کلیه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بیمار و عضو فعال خانواده و نداشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی و یا برنامه کاهش وزن بود. تشخیص بیماری دیابت و نارسایی کلیه در حین مطالعه و عدم تمایل فرد و یا عضو فعال خانواده به ادامه مشارکت در برنامه توانمندسازی از معیارهای خروج از مطالعه منظور شد. در گروه مداخله، فردی از خانواده به عنوان عضو فعال در این پژوهش شرکت داده شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه محقق ساخته سبک زندگی استفاده گردید که تلفیقی از پرسش‌نامه سبک زندگی تحقیقات انجام شده می‌باشد^{۲۱، ۲۳} و با استفاده از کتب و مقالات جدید استخراج شد. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و بهداشت و دو نفر از متخصصان قلب و عروق تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه با روش بازآزمایی بر روی ۱۰ نفر از افراد واجد شرایط پس از دو هفته ($r = 0.82$) مورد تأیید قرار گرفت.

پرسش‌نامه سنجش سبک زندگی شامل پنج بعد بود که عبارت از:

بعد تغذیه شامل ۱۲ سؤال (۷ سؤال چهار گزینه‌ای، بین ۴-۱ امتیاز و ۵ سؤال پنج گزینه‌ای، بین ۵-۱ امتیاز و در کل بین ۱۲ تا ۵۳ امتیاز) بعد خواب شامل ۸ سؤال (۵ سؤال چهار گزینه‌ای، امتیاز ۴ برای همیشه و امتیاز ۱ برای گزینه هرگز و یک سؤال پنج گزینه‌ای، بین ۵-۱ امتیاز و یک سؤال تشریحی جهت میزان خواب در شبانه‌روز که ۱۰-۶ ساعت خواب در شبانه‌روز امتیاز دو و محدوده خارج از این طیف امتیاز یک و در مجموع بین ۸ تا ۳۱ امتیاز داشت)

بعد فعالیت جسمانی شامل ۱۱ سؤال (۴ سؤال سه گزینه‌ای بین ۳-۱ امتیاز و ۴ سؤال دو گزینه‌ای بین ۲-۱ امتیاز و ۳ سؤال تشریحی بین ۲-۱ امتیاز و در مجموع بین ۱۱ تا ۲۶ امتیاز)

جدول ۱: مراحل و محتوای الگو

مراحل	محتوا
گام اول	تهدید درک شده در قالب دو جلسه به طریق بحث گروهی جهت آشنایی با بیماری فشار خون، علل، علائم، درمان و عوارض برگزار گردید
گام دوم	ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسأله گروهی و آموزش عملی طی چهار جلسه در زمینه تغذیه، ورزش، خواب، مصرف دخانیات، کنترل استرس و آموزش مهارت‌های خودکارآمدی مثل نحوه اندازه‌گیری فشار خون، انجام آرام‌سازی و...
گام سوم	افزایش عزت نفس و خودکنترلی از طریق مشارکت آموزشی به صورت انتقال مطالب آموزشی در جلسات بحث گروهی از بیمار به عضو فعال خانواده
گام چهارم	ارزشیابی شامل ارزشیابی فرایند (در هر جلسه از جلسه قبل با مطرح کردن سؤالی صورت می‌گرفت) و ارزشیابی نهایی ۱/۵ ماه بعد از اجرای الگو می‌باشد

یافته‌ها

آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای جنس، تأهل، تحصیلات، اشتغال و سابقه فامیلی در دو گروه را نشان نداد که حاکی از یکسان بودن این متغیرها در دو گروه بود (جدول ۲). با توجه به این که آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات سن افراد مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار نبود، از آزمون من ویتنی یو جهت مقایسه میانگین سن در دو گروه استفاده شد. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $47/03 \pm 5/39$ و $48/51 \pm 7/37$ سال بود که آزمون من ویتنی یو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد و میانگین شاخص توده بدنی به ترتیب در دو گروه $28/66 \pm 3/88$ و $28/71 \pm 2/92$ و تعداد اعضای خانواده $5/06 \pm 1/36$ و $4/43 \pm 1/43$ نفر بود. آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری بین این دو متغیر نشان نداد ($P < 0/050$). با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نرمال بودن میانگین نمرات تمام ابعاد سبک زندگی (به استثنای بعد مصرف دخانیات) در گروه مداخله و کنترل، جهت مقایسه میانگین نمرات قبل، بعد و بین دو گروه از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی استفاده شد و در بعد مصرف دخانیات آزمون‌های ویلکاکسون و من ویتنی یو مورد استفاده قرار گرفت.

میانگین نمرات بعد تغذیه در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون افزایش کمتری نسبت به گروه مداخله داشت و آزمون تی زوجی نیز نشان دهنده تأثیر اجرای الگوی در گروه مداخله بود ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که نمرات بعد تغذیه در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P = 0/001$).

میانگین نمرات بعد خواب در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش اندک و این مقادیر برای گروه مداخله افزایش را نشان داد. آزمون تی زوجی نشان دهنده تأثیر اجرای الگوی در گروه مداخله بود ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی گروه‌های مستقل حاکی از آن بود که نمرات بعد فعالیت فیزیکی در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P = 0/001$).

میانگین نمرات بعد فعالیت فیزیکی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش نشان داد؛ در حالی که این مقادیر برای گروه مداخله افزایش قابل توجهی داشت. آزمون تی زوجی نشان دهنده تأثیر اجرای الگوی در گروه مداخله بود ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی گروه‌های مستقل حاکی از آن بود که نمرات بعد فعالیت فیزیکی در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P = 0/001$).

میانگین نمرات بعد استرس در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندکی کاسته شد؛ در حالی که این مقادیر برای گروه مداخله افزایش قابل توجهی نشان داد. آزمون تی زوجی نشان دهنده تأثیر اجرای الگوی در گروه مداخله بود ($P = 0/001$). همچنین آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت در نمرات بعد استرس در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه معنی‌دار بوده است ($P = 0/001$) (جدول ۳).

نمرات وضعیت دخانیات بیمار قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون آماری من ویتنی یو ارتباط معنی‌داری را نشان نداد؛ در حالی که همین آزمون این ارتباط را بعد از مداخله در گروه مداخله معنی‌دار نشان داد ($P = 0/050$)؛ در صورتی که در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در این بعد مشاهده نگردید.

جدول ۲: نمونه توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در افراد مبتلا به پرفشاری فون به تفکیک گروه کنترل و مداخله

P	گروه مداخله		متغیر
	تعداد (درصد)	گروه کنترل	
0/620	7 (21/9)	6 (17/1)	جنس
	25 (78/1)	29 (82/9)	زن
0/390	0 (0/0)	1 (2/9)	وضعیت تأهل
	32 (100)	33 (96/4)	متأهل
	0 (0/0)	1 (2/9)	بیوه
	0 (0/0)	0 (0/0)	مطلقه
0/590	0 (0/0)	1 (2/9)	میزان تحصیلات
	16 (50/0)	21 (60/0)	ابتدایی
	8 (25/0)	4 (11/4)	راهنمایی
	4 (12/5)	3 (8/6)	دیپلم
	4 (12/4)	6 (17/1)	بالا تر از دیپلم
0/140	1 (3/1)	3 (8/6)	وضعیت اشتغال
	3 (9/4)	1 (2/9)	کارگر
	2 (6/2)	4 (11/4)	کارمند
	3 (9/4)	0 (0/0)	بازنشسته
	21 (65/5)	27 (77/1)	خانه‌دار
0/730	2 (6/2)	0 (0/0)	بی کار
	20 (62/5)	20 (57/1)	دارد
	12 (37/5)	15 (42/3)	ندارد

جدول ۱۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سبک زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

P*	مراحل ابعاد و گروهها		
	قبل از مداخله میانگین ± انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین ± انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۳/۰۳ ± ۳۲/۶۹	۴/۲۰ ± ۴۵/۶۵	تغذیه
۰/۷۱۰	۶/۲۳ ± ۳۵/۰۳	۷/۵۷ ± ۳۵/۴۶	کنترل
	۰/۱۳۰	۰/۰۰۱	P**
۰/۰۰۱	۴/۱۱ ± ۲۲/۴۵	(۳/۵۹) ۲۵/۹۵	مداخله خواب
۰/۲۵۰	۳/۲۳ ± ۲۳/۰۰	۴/۷۰ ± ۲۲/۲۱	کنترل
	۰/۵۲۰	۰/۰۰۱	P**
۰/۰۰۱	۳/۰۷ ± ۱۰/۳۱	۴/۰۷ ± ۱۵/۳۱	مداخله فعالیت فیزیکی
۰/۵۷۰	۳/۶۶ ± ۱۰/۷۸	۳/۷۹ ± ۱۰/۳۷	کنترل
	۰/۹۷۰	۰/۰۰۱	P**
۰/۰۰۰۱	۵/۹۹ ± ۳۶/۸۷	۷/۹۰ ± ۴۳/۲۶	مداخله استرس
۰/۱۳۰	(۵/۶۸) ۳۷/۰۰	۵/۲۹ ± ۳۶/۵۵	کنترل
	۰/۸۰۰	۰/۰۰۱	P**
۰/۰۰۱	۲۱/۰۶ ± ۱۰۶/۷۱	۱۴/۵۴ ± ۱۳۵/۰۴	مداخله سبک زندگی کل
۰/۲۵۰	۲۰/۷۲ ± ۱۰۶/۶۸	۲۱/۱۲ ± ۱۰۲/۹۷	کنترل
	۰/۹۰۰	۰/۰۰۱	P**

* آزمون تی زویه؛ ** آزمون تی مستقل

بحث

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این است که میانگین نمره سبک زندگی کل در گروه مداخله بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نسبت به قبل از اجرای الگو افزایش داشته است. مطالعه‌ای که توسط شیدفر و همکاران با انجام مداخله آموزشی در جهت تغییر سبک زندگی انجام شد، نشان داد که پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله میانگین امتیاز کلی سبک زندگی تفاوت معنی‌داری داشت ($P = ۰/۰۰۱$) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۲۴} با وجود این که در شیوه آموزش مطالعه شیدفر و همکاران با مطالعه حاضر تفاوت وجود دارد، ولی در هر دو مداخله بیمار و عضوی از خانواده در آموزش‌های داده شده مشارکت دارند. در مطالعه شیدفر و همکاران آموزش‌ها توسط پرستار و متخصص تغذیه به بیمار و عضو خانواده منتقل می‌شد، اما در مطالعه حاضر مطالب آموزشی توسط بیمار به عضو خانواده منتقل می‌شود و محور اصلی آموزش به اعضای خانواده، خود بیمار می‌باشد. با توجه به این که در هر دو مطالعه هم بیمار و هم عضوی از خانواده در مداخله شرکت داشته‌اند و آگاهی و دانش آن‌ها افزایش یافته بود، توانسته بودند بر تغییر سبک زندگی بیماران اثرگذار باشند.

بررسی و تحلیل تک‌تک ابعاد سبک زندگی نشان می‌دهد که در بعد تغذیه سبک زندگی، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره گروه مداخله و کنترل می‌باشد ($P < ۰/۰۱۰$) و این یافته با نتایج مطالعه واحدیان و همکاران که با اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران انفارکتوس قلبی با بهبود تغذیه بیماران همراه بود، همسو می‌باشد.^{۲۱} در قسمتی از مطالعه بهرامی‌نژاد و همکاران هم نشان داده شد که برنامه‌های آموزش سبک زندگی خانواده‌مدار، تغییر معنی‌داری بر میانگین مصرف میوه، لبنیات و چربی‌های غیر اشباع شده داشت.^{۱۲} مطالعه خبیر به تغییر سبک زندگی و توانمندسازی

بیماران مبتلا به پرفشاری خون از طریق بحث گروهی با بیماران پرداخت و در بعد تغذیه با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۲۵} Aggarwal و همکاران در طول یک سال و در مداخلات کارآزمایی خانواده محور برای سلامت قلب به این نتیجه رسیدند که داشتن حمایت اجتماعی مناسب برای بیماران قلبی، یکی از مهم‌ترین عوامل تبعیت از برنامه درمان بعد از ترخیص از بیمارستان محسوب می‌شود و در بیمارانی که حضور مناسب خانواده را نداشتند، میزان تبعیت از برنامه درمانی به صورت معنی‌داری بعد از ترخیص کاهش یافته بود.^{۲۶} ($P < ۰/۰۵۰$)

علت افزایش تبعیت از رژیم غذایی در مطالعه حاضر، حضور خانواده در کنار بیمار و افزایش توانایی بیمار جهت پایش سلامتی با افزایش حس مسؤلیت‌پذیری می‌باشد. Arao و همکاران در مطالعه خود به تغییر در سبک زندگی افراد در طول شش ماه پرداختند. با توجه به این که در مطالعه مذکور به مشارکت اعضای خانواده در تغییرات سبک زندگی و حمایت از بیماران توجه شد، اما نتایج در بعد تغذیه نسبت به گروه کنترل معنی‌دار نبود.^{۲۷} Nisbeth و همکاران در مطالعه‌ای اثر مشاوره را بر روی تغییرات سبک زندگی و عوامل خطر قلبی - عروقی بررسی نمودند و در مشاوره‌های شخصی از افراد درخواست می‌شد که مطالب آموزش داده شده را با اعضای خانواده بحث نمایند و از این طریق خانواده خود را در روند بهبود رژیم غذایی شرکت دهند و در پایان یک سال فقط ۱۸ درصد افراد توانسته بودند رژیم غذایی خود را در تمامی ابعاد تغییر دهند.^{۲۸} با وجود این که در مطالعات گفته شده حداقل شش ماه پیگیری وجود داشته است و موفقیت آن را از مطالعه حاضر کمتر می‌کند، این دو مطالعه به صورت مشاوره فردی و به مدت ۱۵ دقیقه و ماهانه انجام می‌شد، ولی از نقاط قوت مطالعه حاضر مشارکت فعال بیماران در تمام مراحل الگو و بحث‌های گروهی آن می‌باشد که بر

و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش یافت که با مطالعه فوق هماهنگ می‌باشد. جیل عاملی و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که تمرین آرامیدگی سبب تغییرات فیزیولوژیک با کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک عصبی و در نتیجه کاهش علائم اضطراب در فرد می‌شود.^{۳۲} نمرات بعد مصرف دخانیات در گروه مداخله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت، ولی در مقایسه با گروه کنترل نتایج معنی‌دار نبود. طبق مطالعه شیدفر و همکاران^{۳۴} نمرات مربوط به مصرف دخانیات در دو گروه تفاوت چندانی نکرده بود ($P = 0/270$). در مطالعه Nisbeth با انجام مشاوره با افراد، فقط ۲۵ درصد افراد موفق به کاهش مصرف سیگار در طی یک سال شدند.^{۳۸} با توجه به مسایل فرهنگی و شخصی، بعضی افراد مصرف دخانیات خود را پنهان نموده، آن را بیان نمی‌کنند. در مطالعه اخیر تعداد کمی از افراد مصرف دخانیات را مطرح کرده بودند و اعتبار نتایج مطرح شده در این حیطه کم بوده است و از طرفی ترک سیگار به دلیل پیچیدگی ماهیت و مؤثر بودن دلایل متعدد شخصیتی و اجتماعی، مستلزم استراتژی‌های قدرتمندتر و مداخله اختصاصی‌تر و برنامه‌های فشرده‌تر مشاوره‌ای در این خصوص می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه اذعان نمود که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور با مشارکت خانواده، سبک زندگی بیماران را به درجه قابل قبولی ارتقا می‌دهد و بیماران را در بستر خانواده و در سایه چتر حمایتی خانواده توانمند می‌کند تا بتوانند با توجه به ماهیت مزمن، خاموش و مشکلات ناشی از عوارض آن، به درجه‌ای از توانمندی برسند که بتوانند بیماری خود را مدیریت و تا حدی در کنترل و رفع آن اقدام نمایند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

غلامحسین محمودی راد: طراحی و نظارت بر اجرای طرح، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها و تدوین مقاله
فاطمه محلی: طراحی و اجرای طرح، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله
فاطمه الحانی: مشاور طرح و تدوین مقاله.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل کار پایان‌نامه با کد ۹۲۰۱ در تاریخ ۹۲/۱/۲۶ بود که در حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تصویب شد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمام بیماران و خانواده‌های محترم که با وجود مشکلات فراوان در اجرای این تحقیق صمیمانه و جامع همکاری نمودند و از کلیه کادر مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان قاین تقدیر و تشکر نمایند.

توانمندی بیمار و حس مسئولیت‌پذیری فرد در قبال سلامتی خود می‌افزاید. در بعد فعالیت فیزیکی، نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار در میانگین نمره بین گروه مداخله و گروه کنترل می‌باشد ($P < 0/001$). در مطالعه واحدیان و همکاران (به نقل از مسعود و همکاران) میانه فعالیت فیزیکی گروه مداخله از ۷ به ۹ گرایش داشت ($P < 0/001$) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۳۱} Arao و همکاران با انجام مداخلات، بعد فعالیت فیزیکی سبک زندگی را بر اساس میزان انرژی مصرف شده در ورزش محاسبه کردند که میانگین تفاوت در گروه کنترل ۱۶۳- و در گروه مداخله ۳۴۶ بود ($P < 0/001$) و با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.^{۳۷} نتایج مطالعه بالجانی و همکاران که با استفاده از برنامه خودمدیریتی به صورت آموزش به بیمار به همراه یکی از اعضای اصلی خانواده بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی پرداخته بود در بعد فعالیت فیزیکی، بین دو گروه کنترل با مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه حاضر مغایر می‌باشد.^{۲۹} می‌توان دلیل مغایرت در نتایج را این‌گونه بیان کرد که گروه سنی در این پژوهش بین ۳۵-۵۵ سال قرار داشت و نمونه‌ها نسبت به مطالعه بالجانی و همکاران جوان‌تر بودند و توانسته بودند فعالیت فیزیکی خود را افزایش دهند.

مقایسه میانگین نمره بعد خواب در مطالعه حاضر بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان داد که با نتایج مطالعه واحدیان و همکاران در همین بعد همخوانی دارد.^{۳۱} مطالعه خیبر با توانمندسازی از طریق بحث گروهی با بیماران توانسته بود در بعد خواب بیماران در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری ایجاد کند ($P < 0/001$).^{۲۵} Ouslander و همکاران در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که اقداماتی مانند انجام فعالیت‌های فیزیکی در طول روز، دور نگه داشتن افراد از رختخواب، کاهش سر و صدای محیط و... که برای بهبود خواب در بیماران سالمند انجام شد، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را در افزایش زمان خواب گروه مداخله ایجاد نکرد.^{۳۰} در مطالعه حاضر آموزش‌هایی مانند مطالعه فوق از طریق بحث گروهی و مراحل الگو انجام شد که علت تناقض در نتایج را می‌توان این‌گونه بیان نمود، با افزایش سن و قرار گرفتن در دوره سالمندی، میزان خواب افراد به طور طبیعی کاهش می‌یابد و افراد در این مطالعه همه سالمند بودند؛ در صورتی که افراد در مطالعه حاضر در دوره میانسالی قرار داشتند.

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با بعد استرس نشان داد که مقایسه میانگین نمره بعد استرس بین دو گروه پس از اجرای الگو تفاوت معنی‌داری را نشان داد که با نتایج مطالعات واحدیان و همکاران^{۲۰} و خیبر^{۲۵} همسو می‌باشد. حمیدی‌زاده و همکاران با استفاده از تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده به مدت شش هفته به کنترل اضطراب و استرس بیماران مبتلا به فشار خون سالمند پرداختند که نمره اضطراب و استرس بیماران در گروه مداخله از $38/8 \pm 4/2$ به $33/0 \pm 5/17$ تغییر یافت ($P < 0/010$) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۳۱} در مطالعه حاضر با استفاده از آموزش روش‌های مدیریت استرس و آموزش‌های آرام‌سازی، توانایی افراد برای کاهش استرس

References

1. Kaveh Savadkooh O, Zakerimoghdam M, Gheyasvandian Sh, Kazemnejad A. Effect of self-management program on self-efficacy in hypertensive patients. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(92): 18-28. [In Persian].
2. Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs* 2011; 20(5-6): 692-705.
3. Mittal BV, Singh AK. Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. *Am J Kidney Dis* 2010; 55(3): 590-8.
4. Delavari A, Horri N, Alikhani S, Mahdavi A, Hoseini M, Haghghi S, et al. Hypertension & prehypertension: Prevalence, awareness, cure and control in adult above 20-year. *J Med Counc I R Iran* 2007; 24(4): 372-80. [In Persian].
5. Madhur MS, Riaz K, Dreisbach AW, Harrison DG. Hypertension [Online]. [cited 2013 Dec]; Available from: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview>
6. Azizi F, Qnbryan A, Majid M, Rahmani M, Sarrafzadeh A. Distribution of blood pressure in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Iran J Endocrinol Metab* 2003; 5(4): 425-35. [In Persian].
7. Chiu CW, Wong FK. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(11): 1374-82.
8. Ezzati E, Anoosheh M, Mohammadi E. A study of the effects of group discussion with male high school students on their parents' hypertension control. *J Research Health* 2011; 1(1): 64-72. [In Persian].
9. Baghiyani Moghaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city (2006). *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(3): 78-87. [In Persian].
10. Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH, Mustonen JN, Salomaa VV, Sundvall JE, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *J Hypertens* 2002; 20(12): 2505-12.
11. Jafari N. Effectiveness of family - based counseling on blood pressure control and life style in women suffering from hypertension of Nimavar [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Medical College of Tarbiat Modares; 2004. [In Persian].
12. Bahrami Nejad N, Hanifi N, Moosavi Nasab N. Comparing the effect of two family- and individual-based interventions on blood pressure and lifestyle. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(1): 62-8. [In Persian].
13. Flynn SJ, Ameling JM, Hill-Briggs F, Wolff JL, Bone LR, Levine DM, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Prefer Adherence* 2013; 7: 741-9.
14. Liehr P, Meininger JC, Vogler R, Chan W, Frazier L, Smalling S, et al. Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension. *Appl Nurs Res* 2006; 19(1): 16-21.
15. Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghadasi J, Esmaeeli S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers. *Iran J Nurs Res* 2012; 7(27): 32-43. [In Persian].
16. Alhany F. Design and evaluation of family- centered empowerment model for prevention of iron deficiency [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modarres University; 2004. [In Persian].
17. Allahyari A, Alhany F, Kazemnejad A, Izadyar M. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. *Iran J Pediatr* 2006; 16(4): 455-61. [In Persian].
18. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabetic adolescents. *Iran J Pediatr* 2007; 17(Suppl 1): 87-94. [In Persian].
19. Taimori F, Alhani F, Kazemnezhad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age Asthma children. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(20): 52-63. [In Persian].
20. Masoud R, Soleimani MA, Hashemi nia MA, Qorbani M, Pour Dehkordi AH, Bahrami H. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 14(1): 57-64. [In Persian].
21. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 2(4): 127-32. [In Persian].
22. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizadeh M, Poorsharifi F. The effects of motivational interviewing on lifestyle modifications of clients suffering from hypertension. *Razi J Med Sci* 2010; 17(71): 79-94. [In Persian].
23. Refahi SAA, Shamsi A, Ebadi A, Saeid Y, Moradi A. Comparison of military and civilian life style of people with hypertension. *J Health Promot Manag* 2012; 1(4): 43-50. [In Persian].
24. Shidfar MR, Shojaeezadeh D, Hosayni M, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Survey of knowledge, attitude and life style of patients with unstable angina pectoris in university hospitals in Mashhad. *Payesh Health Monit* 2002; 2(1): 49-61. [In Persian].
25. Khaybar N. Effect of empowering through group discussion on empowerment and lifestyle of patients with hypertension in who referred to health centers [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Science, School of Nursing and Midwifery; 2012. p. 55-77. [In Persian].
26. Aggarwal B, Liao M, Allegrante JP, Mosca L. Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *J Nutr Educ Behav* 2010; 42(6): 380-8.
27. Arai T, Oida Y, Maruyama C, Mutou T, Sawada S, Matsuzuki H, et al. Impact of lifestyle intervention on physical activity and diet of Japanese workers. *Prev Med* 2007; 45(2-3): 146-52.
28. Nisbeth O, Klausen K, Andersen LB. Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Educ Couns* 2000; 40(2): 121-31.
29. Baljani E, Rahimi ZH, Heidari SH, Azimpour A. The effect of self management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2012; 20(3): 58-68. [In Persian].
30. Ouslander JG, Connell BR, Bliwise DL, Endeshaw Y, Griffiths P, Schnelle JF. A nonpharmacological

- intervention to improve sleep in nursing home patients: results of a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(1): 38-47.
31. Hamidizade S, Ahmadi F, Asghari M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 8(2): 45-51. [In Persian].
32. Jabalameli SH, Neshatdoost HT, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2010; 15(2): 88-97. [In Persian].

Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension

Gholam Hossein Mahmmodirad¹, Fatemeh Mohali², Fatemeh Alhani³

1. Assistant Professor of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2. MSc Student of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
3. Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2013; 2(3,4): 128-136

ABSTRACT

Background and Objective: Family plays an undeniable role in the behavior and lifestyle of patients. Family-centered empowerment is a model that is currently used in order to improve life quality and change the lifestyle of patients. Since lifestyle is of great importance to hypertension, this study aimed to determine the effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension.

Materials and Method: This semi-experimental study was done on 67 patients who visited Qaen therapeutic sanitary centers in 2013. Having selected persons who met entry criteria to the study, the participants were randomly divided into a control group (n = 35) and an experimental group (n = 32). During 2.5 months and within 6 sessions, the experimental group went through a family-centered empowerment model with the four dimensions of perceived threat, self-efficacy, educational partnership, and evaluation; the control group received the usual care. The data were collected by a researcher-made questionnaire and analyzed using *t* test, independent *t*, Wilcoxon and Mann-Witney tests.

Results: Mean lifestyle score was 106.71 before and 135.04 after the intervention in the experiment group. Paired *t*-test showed a statistical significant difference between the lifestyle overall score and lifestyle dimensions before and after the intervention ($P < 0.05$). Furthermore, independent *t*-test showed a significant difference between the overall lifestyle score of the experiment and control groups after the intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: In general, performing family-centered empowerment model is effective on lifestyle change in patients with hypertension.

Keywords: Family-centered empowerment model, hypertension, lifestyle, nurse

Correspondence:

Fatemeh Mohalli
Birjand University of
Medical Sciences

Email:

fatemeh_mohalli@yahoo.com

Received: 17/6/2013
Accepted: 16/9/2013

Please cite this article as: Mahmmodir GH, Mohalli F, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. Medical - Surgical Nursing Journal 2013; 2(3,4): 128-136.