

Effect of Family-centered Empowerment Model on Quality of Life in Patients with Hypertension

Reza Noori¹,
Ali Alami²,
Ali Delshad Noghabi³

¹ Lecture, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

² Assistant Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Social Determinants of Health Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

³ Lecturer, Department of Community Health Nursing, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

(Received April 13, 2015 ; Accepted July 13 , 2015)

Abstract

Background and purpose: Hypertension is one of the most common diseases in the world that like many chronic diseases decreases the quality of life (QOL). Maintaining and promoting the quality of life in these patients requires support of their families. This research aimed at investigating the effect of family-centered empowerment model on the quality of life and blood pressure levels in patients with hypertension.

Materials and methods: This experimental study was conducted in 120 patients with hypertension, selected by stratified sampling in Gonabad, Iran, 2013. They were randomly divided into a control group and an experimental group. Family-centered empowerment model was implemented in experimental group. Demographic characteristics were recorded and SF-36 was used to measure the QOL. Data was analyzed applying chi-square test, Paired-samples t test and Independent-samples t test.

Results: There was no significant difference between the two groups in demographic characteristics. The two groups did not have significant differences in quality of life before the intervention ($P=0.819$). The QOL mean score in experimental group increased significantly after the intervention ($P=0.001$). Before the study, no significant difference was observed between the mean systolic ($P=0.555$) and diastolic ($P=0.358$) blood pressure levels. But they lowered significantly after the intervention ($P=0.008$ and 0.014 , respectively).

Conclusion: Our results showed that family-centered empowerment model could enhance quality of life and lower blood pressure in hypertension patients.

Keywords: Family-Centered Empowerment Model, quality of life, hypertension

تأثیر الگوی توانمند سازی خانواده- محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

رضا نوری^۱
علی عالمی^۲
علی دلشاد نوقابی^۳

چکیده

سابقه و هدف: پرفشاری خون یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر دنیا می‌باشد که مانند سایر بیماری‌های مزمن باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نیازمند حمایت جدی خانواده‌ها است. در این پژوهش تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده- محور بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران مبتلا به پرفشاری خون بررسی شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای طی بهار ۱۳۹۲ در شهرستان گناباد انجام شد. ۱۲۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند. برای گروه آزمون، الگوی توانمندسازی خانواده- محور اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل فشارسنج عقربه‌ای، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک بیمار و کیفیت زندگی SF36 بودند.

یافته‌ها: هر دو گروه آزمون و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک همسان بودند. بین دو گروه از نظر میزان کیفیت زندگی قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/819$) ولی بعد از مداخله میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری افزایش یافت ($p=0/001$). هم‌چنین بین دو گروه از نظر میانگین فشار خون سیستولیک ($p=0/555$) و دیاستولیک ($p=0/358$) قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد، ولی بعد از مداخله میانگین فشار خون سیستولیک ($p=0/008$) و دیاستولیک ($p=0/014$) در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری کاهش یافت.

استنتاج: نتایج مطالعه ما نشان داد که استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده- محور می‌تواند موجب افزایش سطح کیفیت زندگی و کاهش فشار خون بیماران مبتلا به پرفشاری خون شود.

واژه‌های کلیدی: الگوی توانمند سازی خانواده حور، کیفیت زندگی، فشار خون بالا

مقدمه

بیماری‌های مزمن باعث ایجاد تغییرات فراوان در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی بیماران می‌شوند. در این بیماران کیفیت زندگی تحت

تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد. امروزه بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران به صورت یک هدف در نظام بهداشتی و درمانی

E-mail: hr. ali_delshad2000@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی دلشاد نوقابی - گناباد: دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۲. استادیار، اپیدمیولوژیست، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۳. مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱/۲۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۴/۲۲

بسیاری از کشورها در آمده است (۱). فشار خون بالا سومین علت مرگ انسانها در سراسر جهان است (۲) و شیوع آن در کلیه کشورها به ویژه ایران رو به افزایش است (۴،۳). مطالعات متعدد بیانگر آن است که حدود ۲۵ درصد افراد بالغ در کشورهای مختلف به بیماری پرفشاری خون مبتلا هستند (۵،۶). شیوع این بیماری در ایران ۲۳/۲ درصد برآورد شده است (۵). پرفشاری خون هم‌چنین باعث ایجاد عوارض نامطلوبی مانند تصلب شرایین، سکته قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی شده (۷،۸). این در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر نامطلوب می‌گذارد (۹،۱۰). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافتها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر او تعریف می‌کند (۱۱). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون پایین است (۱۲-۱۴).

یکی از ارکان اصلی در جهت ارتقاء بهداشتی جامعه توانمندسازی است که شامل توانایی در حل مساله، خوداتکایی و ایجاد اعتماد به نفس است (۱۶). توانمندسازی به خانواده کمک می‌کند که بتواند به توان تغییر برسد (۱۶). توانمندسازی خانواده- محور، مددجو و خانواده‌اش را در تصمیم‌گیری برای ارتقاء سطح سلامتی درگیر می‌کند تا با تصمیم‌گیری صحیح و قدرتمندانه به خودشان کمک کنند که بر وضعیت سلامتی خود کنترل داشته باشند و با مراقبت از خود به اهدافشان برای بهبود سلامتی دسترسی یابند (۱۷). در فلسفه مراقبتی خانواده- محور، خانواده به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود و چون خانواده واحد اصلی اجتماع بوده و با توجه به نفوذی که روی اعضای خود دارد مورد توجه حرفه پرستاری می‌باشد (۱۸). هم‌چنین در زمینه دانش بیماری، آموزش گروهی (بیمار و خانواده) نسبت به آموزش فردی تاثیر

بهتری بر دانش بیمار و خانواده ی وی دارد و بهتر است که آموزش بیماران مبتلا به بیماری مزمن به صورت گروهی و با حضور اعضای خانواده باشد (۱۹). در الگوی توانمندسازی خانواده- محور دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات بیمار و خانواده او ارتقاء می‌یابد و هدف اصلی از این الگو توانمند شدن سیستم خانواده در جهت ارتقاء سلامت می‌باشد. این الگو حاصل یک تحقیق کیفی از نوع "نظریه بنیادی" است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی- اجتماعی مسئله و منتج شدن متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را طی کرد. مراحل اجرایی الگو شامل ۴ گام است (۱۶). الگوی توانمندسازی خانواده- محور تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماری‌های مزمنی همچون کم‌خونی فقر آهن، تالاسمی، هموفیلی، دیابت، آسم و صرع اجرا شده است. با توجه به رشد روز افزون تعداد بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران و جهان و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی دارد، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. لذا این تحقیق به منظور بررسی تاثیر این الگو بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهرستان گناباد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای به صورت قبل و بعد انجام شد. جامعه آماری این مطالعه را، کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. معیارهای ورود شامل محدوده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، حداقل فشار خون سیستول ۱۴۰ و فشار خون دیاستول ۹۰، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و توانایی حضور یکی از اعضای خانواده با سواد خواندن و نوشتن در کارگاه‌ها بود.

نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تایید شده (۲۰) و مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱، ۲۲). از افراد گروه مداخله، پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق، الگوی توانمندسازی خانواده-محور، چگونگی انجام برنامه و اطمینان از اینکه اطلاعات محرمانه خواهد بود و حق ترک مطالعه را خواهند داشت، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. در مرحله اول (قبل از مداخله) پس از کنترل فشار خون توسط محقق و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش، داده‌ها جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و بر این اساس محتوی برنامه پیش‌بینی شده توانمندسازی برای اجرا، بازنگری شد. مرحله دوم (مرحله مداخله) فقط برای گروه آزمون انجام شد و گروه شاهد هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در گروه آزمون، مداخله یعنی الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر اساس گام‌های الگو به ترتیب در طی یک هفته اجرا شد.

گام اول (تهدید درک شده): این مرحله طی دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر و با روش سخنرانی برای بیمار و عضو خانواده‌ی وی که شامل همسر و یا یکی از فرزندان بود و با هدف افزایش دانش و شناخت و در نتیجه درک تهدید از طریق آگاه شدن نسبت به ماهیت و عوارض دیررس بیماری پرفشاری خون و مسائل مهم در مورد تغذیه، ورزش و سایر عوامل موثر در کنترل بیماری در سالن‌های کنفرانس مراکز بهداشتی و درمانی منتخب اجرا شد.

گام دوم (مشکل‌گشایی): این مرحله به روش بحث گروهی و طی ۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد که افراد از تجربیات یکدیگر جهت کنترل بهتر بیماری استفاده می‌کردند و با مشکلات و فرآیند حل مشکل آشنا می‌شدند و راه‌حل‌های پیشنهادی خود را ارائه می‌کردند و سپس بهترین راه حل انتخاب می‌شد. هم‌چنین در این مرحله در مورد نحوه اندازه‌گیری فشارخون با دستگاه فشارسنج، نکاتی که باید هنگام اندازه‌گیری رعایت کنند و انواع دستگاه‌های فشارسنج توضیحاتی داده شد و سپس افراد

معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل بیمار یا عضو خانواده وی به ادامه همکاری بود. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای انجام شد به این ترتیب که ابتدا تمام مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری-روستایی شهرستان گناباد لیست شدند و سپس از بین این مراکز، دو مرکز بهداشتی درمانی فیاض بخش و بیلند به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس از بین بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز، تعداد نمونه‌های لازم به صورت تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد اختصاص یافتند. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول پوکاک، نتایج مقاله مشابه (۱۷) و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۵۱ نفر برای هر گروه برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر ۶۰ نفر برای هر گروه آزمون و ۶۰ نفر برای گروه شاهد انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: دستگاه فشارسنج عقربه‌ای، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک بیمار و کیفیت زندگی SF 36 بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ۱۰ سوال در مورد سن، جنس، تحصیلات، تاهل و... بود که جهت تعیین روایی از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF 36 بر عملکرد بهداشت جسمی و روانی در هشت بعد مختلف شامل: عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روان تمرکز دارد. پرسشنامه SF36 با حضور محقق و توسط بیمار تکمیل گردید. هر کدام از ۸ بعد، امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد. این نمره‌گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 به دست آمده است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. سوالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰ و ۱۰۰)، سوالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰) و سوالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰) در نظر گرفته شده است. میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ می‌باشد که نمره بالاتر و پایین‌تر از نمره ۵۰ به ترتیب

عملا با نحوه اندازه گیری فشار خون آشنا شدند و به صورت عملی این مهارت را تمرین کردند.

گام سوم (مشارکت آموزشی): در این گام مطالب بحث شده در جلسات قبلی توسط بیمار و عضو فعال خانواده به سایر اعضای خانواده منتقل می شد و هم چنین در پایان جلسات پمفلت آموزشی پژوهشگر ساخته که توسط چند نفر از اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته بود، توسط بیمار در اختیار سایر اعضای خانواده قرار گرفت.

گام چهارم (ارزشیابی): شامل ارزشیابی فرایند، که در طی فرایند مداخله و در هر جلسه با پرسش سوال های شفاهی از یادگیری مطالب جلسات قبل اطمینان حاصل می شد و سپس ارزشیابی نهایی ۱/۵ ماه بعد از مداخله با تکمیل مجدد پرسشنامه ها انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار spss 20 و آزمون های آماری مجذور کای، تی مستقل، تی زوجی و همچنین آزمون های ناپارامتریک مناسب تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه آزمون و شاهد در جدول شماره ۱ ارائه شده است. دو گروه از نظر توزیع متغیرهای سن، جنس، مدت ابتلا به بیماری، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، درآمد، نوع شغل و مصرف سیگار تفاوت معنی داری نداشتند. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران در دو گروه قبل از مداخله مشابه و تفاوت معنی داری بین آنها وجود ندارد، ولی بعد از اجرای الگو، اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده شد (جدول شماره ۲).

هم چنین میانگین سطح کیفیت زندگی در هیچ یک از ابعاد در بین دو گروه قبل از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده- محور تفاوت معنی داری نداشت ولی پس از مداخله این اختلاف معنی دار شد، طوری که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون افزایش داشت ولی در گروه شاهد تغییرات معنی دار نبود. میانگین و

انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بعد از اجرای الگو در جدول شماره ۳ بیان شده است.

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه آزمون	گروه شاهد	سطح معنی داری (تی مستقل)
سن (میانگین \pm انحراف معیار)	۵۲/۴۱ \pm ۳/۹۱	۵۲/۹۶ \pm ۳/۱۵	۰/۰۵۹
مدت ابتلا به بیماری (سال)	۵/۹۸	۶/۳۱	۰/۴۷۶
سنوات تحصیلی (سال)	۶/۰۱	۵/۹۸	۰/۸۳۰
مصرف سیگار			
بله (درصد)	۱۱/۶	۱۵	۰/۵۹۱
خیر (درصد)	۸۸/۴	۸۵	
جنس			
مرد (درصد)	۷۶/۶	۷۵	۰/۸۳۱
زن (درصد)	۲۳/۴	۲۵	
تاهل			
متاهل (درصد)	۹۵	۹۶/۶	۰/۶۴۸
همسر فوت کرده (درصد)	۵	۳/۴	
درآمد			
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان (درصد)	۳۵	۲۰	۰/۱۱۲
بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان	۶۰	۶۸/۴	
بیشتر از یک میلیون (درصد)	۵	۱۱/۶	
شغل			
آزاد (درصد)	۱۵	۲۱/۶	۰/۳۵۷
بازنشسته (درصد)	۱۳/۳	۶/۶	
خانه دار (درصد)	۷۱/۷	۷۱/۷	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

فشار خون	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی داری (تی زوجی)
آزمون	۱۴/۱۰ \pm ۱/۰۴	۱۳/۵۴ \pm ۰/۷۷	۰/۰۰۱	
شاهد	۱۴/۰۰ \pm ۰/۷۸	۱۴/۰۱ \pm ۱/۱۱	۰/۹۴۹	
آزمون	۸۷۷ \pm ۰/۷۶	۸۳۸ \pm ۰/۴۷	۰/۰۰۱	
شاهد	۸۶۵ \pm ۰/۶۱	۸۶۳ \pm ۰/۶۰	۰/۶۵۹	

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای الگو

ابعاد کیفیت زندگی	گروه شاهد	گروه آزمون	سطح معنی داری (تی مستقل)
عملکرد جسمی	۴۳/۰۸ \pm ۱۲/۹۲	۵۵/۰۸ \pm ۱۰/۷۹	۰/۰۰۱
مشکلات جسمی	۴۲/۵ \pm ۷/۳۵	۴۷/۵ \pm ۱۰/۶۸	۰/۰۰۳
درد جسمی	۴۰/۲۵ \pm ۱۹/۶۸	۵۵/۷۵ \pm ۱۴/۰۴	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۴۰ \pm ۱۰/۶۹	۴۶/۶۶ \pm ۱۳/۰۷	۰/۰۰۳
نشاط	۴۳/۴۳ \pm ۱۱/۹۸	۵۰ \pm ۱۴/۹۱	۰/۰۰۹
عملکرد اجتماعی	۴۵/۲۰ \pm ۱۴/۲۰	۵۱/۵۸ \pm ۱۷/۴۹	۰/۰۳۰
مشکلات روحی	۴۷/۳۶ \pm ۱۰/۹۰	۵۸/۶۱ \pm ۱۴/۵۵	۰/۰۰۱
سلامت روان	۴۸/۵۰ \pm ۸/۷۴	۵۶/۹۱ \pm ۱۲/۸۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کلی	۴۳/۷۴ \pm ۶/۷۵	۵۱/۹۵ \pm ۱۰/۹۲	۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، الگوی توانمندسازی خانواده-محور موجب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون شد و هم‌چنین میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران را در این گروه به طرز معنی‌داری کاهش یافت در مطالعه حاضر میانگین قبل و بعد فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری در جهت کاهش مشاهده شد. نتایج مطالعه بهرامی نژاد و همکاران (۲۳) نشان داد که آموزش خانواده-مدار در بیماران مبتلا به فشارخون موجب کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک آنان می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد همچنین در مطالعه جبل عاملی و همکاران (۲۴) که با هدف "بررسی اثربخشی مداخله گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون" انجام شد، مشخص شد که میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافت. هم‌چنین در این مطالعه بیان شد که بین میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد. علی‌رغم این که نوع مداخله در این مطالعه با مطالعه حاضر تا حدودی تفاوت دارد ولی نتایج تقریباً مشابه است.

در مطالعه ستوده اصل و همکاران (۲) نیز بیان شد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون موثر است. در مطالعه حاضر نشان داده شد که بین میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری در جهت افزایش کیفیت زندگی وجود دارد. نتایج مطالعه حارث آبادی و همکاران نشان داد که اجرای این الگو بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

مولتیپل اسکلووزیس منجر به بهبودی کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۲۵). تاثیر این الگو بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت (۱۷) و بیماران همودیالیزی (۲۶) نیز گزارش شده است. توانمند کردن خانواده بیماران ضمن تقویت توانمندی آنان در امر مراقبت بیماران، کیفیت زندگی بیماران را نیز ارتقاء می‌دهد و همچنین در حوزه درمانی و مراقبتی توانمند کردن خانواده به‌خصوص در بیماران دارای بیماری مزمن امری اجتناب‌ناپذیر است و با توجه به روند افزایش بیماران مزمن و کمبود فضای فیزیکی در حوزه درمانی توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری است. هم‌چنین در مطالعه دیگری تحت عنوان "بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی" نشان داده شد که الگوی توانمندسازی خانواده-محور با افزایش کیفیت زندگی این بیماران همراه بوده است و از آنجایی که پرستاران با بیماران و خانواده آن‌ها ارتباط دارند می‌توانند با استفاده از روش‌های مناسب موجب توانمندی اعضای خانواده این بیماران شوند (۲۷).

در نهایت و با توجه به پژوهش‌های ذکر شده که بیانگر تاثیر مثبت درمان‌های غیردارویی در کاهش فشار خون و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌باشد می‌توان با استفاده از مراقبت‌های خانواده محور گام‌های موثری در مراقبت، مشاوره و حل مشارکتی مشکلات بیماران و خانواده آن‌ها برداشت و وابستگی این بیماران را به کادر درمان کم‌تر کرد و آن‌ها را قادر ساخت که نیازهایشان را تا حد امکان توسط خود و با کمک اعضای خانواده برآورده سازند.

نتایج این پژوهش نشان داد که الگوی توانمندسازی خانواده-محور می‌تواند در ارتقاء سطح کیفیت زندگی و کاهش اندازه فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون موثر باشد. لذا مسولین بهداشتی می‌توانند با برنامه‌ریزی و اجرای صحیح و مداوم این الگو برای بیماران مبتلا به فشارخون، ضمن کاهش اندازه فشارخون، کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء دهند.

این مطالعه حاصل اجرای پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است. از همکاری پرسنل محترم مراکز

بهداشتی و درمانی شهرستان گناباد و بیمارانی که بدون همکاری آنها ادامه این فعالیت علمی ممکن نبود تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Benedict RH, Wahlig E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Sci* 2005; 231(1-2): 29-34.
2. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension. *J Clinical Psychology* 2010; 2(1): 27-34 (Persian).
3. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. 2nd ed. New York: Saunders Company; 2001.
4. Wang Y, Wang QJ. The prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new joint national committee guidelines: new challenges of the old problem. *Arch Intern Med* 2004; 164(19): 2126-2134.
5. 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; 3(1): 60-66 (Persian).
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's: textbook of medical- surgical nursing*. 12th ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaefard A. To Determine the Relative Factors on Hypertension in Kohrang, Chaharmahal & Bakhtiari Province, 2007. *IRJE* 2008; 4(2): 19-25 (Persian).
8. Whelton PK. Essential hypertension--therapeutic implications of epidemiological risk estimation. *J Hypertens Suppl* 1984; 2(2): S3-8.
9. Tomoyuki K, Kazuo E, Satoshi H, Joji I, Kazuyuki Sh, Kazuomi K. Differences in the clinical characteristics of depression state in patients with coronary artery disease and hypertension. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical* 2008; 144(1-2): 89.
10. Grimm RH Jr, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study. *Arch Intern Med* 1997; 157(6): 638-648.
11. Masoudi Alavi N, Ghofrani Pour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Gh.R. Quality of life in diabetics referred to Iran Diabetes Association (IDA), Tehran, 2003. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2004; 8(2): 56-47 (Persian).
12. Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE, et al. Effect of blood pressure control and antihypertensive drug regimen on quality of life: the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Control Clin Trials* 1996; 17(4 Suppl): 40S-46S.

13. Christensen BL, Kockrow EO. Adult health nursing. St. Louis, Mo: Mosby; 1999.
14. Riley J, Blue L. Assessing and managing chronic heart failure. *Prof Nurse* 2001; 16(5): 1112-1115.
15. Auld ME, Hatcher MT. Environmental health promotion: advancing the science and practice. *Health Promot Pract* 2010; 11(3): 301-302.
16. Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A, Izadyar M. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. *Iranian Journal of Pediatrics* 2006; 16(4):455-461 (Persian).
17. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics* 2007; 17(Suppl 1): 87-94 (Persian).
18. Rosdabl CB, Kowalski MT. Textbook of Basic Nursing. 8th ed. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
19. Wiser NA, Shane JM, Mc Guigan AT, Memken JA, Olsson PJ. The effects of a group nutrition education program on nutrition knowledge, nutrition status, and quality of life in hemodialysis patients. *J Renal Nutr* 1997; 7(4): 187-193.
20. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MAS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2006; 5: 49-56 (Persian).
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-882 (Persian).
22. Khorsandi M, Jahani F, Rafie M, Farazi A. Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences in 2009. *Arak Medical University Journal* 2010, 13(1): 40-48 (Persian).
23. Bahrami Nejad N, Hanifi N, Moosavi Nasab N. Comparing the effect of two family- and individual-based intervention on blood pressure and life style. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(1): 62-68 (Persian).
24. Jabalameli S, Neshatdoost H, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. *SJKU* 2010, 15(2): 88-97 (Persian).
25. Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad GH, Mazlom SR, Alhany F. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of Patient with Multiple Sclerosis. *J Mashhad School Nurs Midw* 2009; 9(3): 174-183 (Persian).
26. Salehi SH, Javanbakhtyan R, Hasheminia MA, Habibzadeh H. Effect of family centered empowerment model on quality of life of patients on dialysis center. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Science* 2012; 10(1): 62-67 (Persian).
27. Borhani F, Najafi MK, Rabori ED, Sabzevari S. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(4): 292-298 (Persian).