

The Effect of Family-centered Empowerment Model on the Indicators of the Ability of Patients with Hypertension

Fatemeh Mohalli¹, Gholam Hossein Mahmoudirad^{2,*}, Fatemeh Alhani³, Zahra Ebadinejad⁴, Hasan Foroozanfar¹

¹ MSc of Nursing, Faculty Member of Nursing School of Tabas, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Associate Professor of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

⁴ PhD Student of Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

* **Corresponding author:** Gholam Hossein Mahmmoudirad, Associate Professor of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. E-mail: gahmoudirad@gmail.com

Received: 22 Sep 2017

Accepted: 20 Oct 2018

Abstract

Introduction: Hypertension is one of the most common diseases, chronic and growing all over the world, like other chronic diseases Hypertension cause decreased capability index (threat perceived self-efficacy and self-esteem). Since the family is the undeniable impact this study were performed with little the effect of family-centered empowerment model on the indicators of the ability of patients with hypertension.

Methods: This study, quasi-experimental study on 67 patients with hypertension who referred to health care centers in the city of Qaen who were randomly assigned to two groups intervention and control (32 patients in the intervention group, 35 patients in the control group) was done in 1392. Model-based educational group intervention for family-centered empowerment was done. Data collection tools included demographic questionnaires and self-empowerment index (threat perceived self-efficacy and self-esteem). Data were analyzed by using SPSS 18 and by descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney, chi-square, paired t-test.

Results: Demographic differences between the two groups was not statistically significant ($P < 0.05$). Self-esteem, knowledge, self-efficacy, patients in the test group (72.3 ± 50.27 to 16.4 ± 15.29), (54.12 ± 46.59 to 38.13 ± 80), (37.5 ± 7.35 to 21.6 ± 38.49) was promoted. But in scores of cases in the control group were similar ($P > 0.05$).

Conclusions: The results suggest that family-centered empowerment model of education based on increased knowledge, self-esteem and self- efficacy. It also recommended that the nurses to educate patients with chronic diseases such as hypertension affect family oriented rather than patient education.

Keywords: Empowerment, Family-center, Self-efficacy, Self-esteem, Perceived Threat Hypertension



بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

فاطمه محلی^۱، غلامحسین محمودی‌راد^{۲*}، فاطمه الحانی^۳، زهرا عبادی‌نژاد^۴، حسن فروزان‌فر^۵

^۱ کارشناس ارشد، گروه پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری طبس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۳ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۴ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
* نویسنده مسئول: غلامحسین محمودی‌راد، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: gahmoudirad@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۳۱

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون یکی از بیماری‌های شایع، مزمن و رو به افزایش در سراسر جهان است که مانند دیگر بیماری‌های مزمن سبب کاهش شاخص‌های توانمندی (تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس) می‌گردد. از آنجایی که خانواده تأثیر انکار ناپذیری بر ارتقای شاخص‌های توانمندی دارد از این سو این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام گردید.

روش کار: مطالعه حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۷ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر قاین که بصورت تصادفی در دو گروه آزمون ۳۲ نفره و گروه کنترل ۳۵ نفره قرار گرفتند، انجام شد. مداخله در گروه آزمون بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور انجام شد. ابزار مطالعه شامل پرسش نامه‌های محقق ساخته و استاندارد، دموگرافیکی و شاخص‌های توانمندی (تهدید درک شده یا دانش، خودکارآمدی و عزت نفس) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 با آزمون‌های آماری توصیفی، آزمون تی مستقل، من ویتنی، کای دو، تی زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیکی تفاوت معنی داری دیده نشد ($P > 0/05$). به ترتیب نمرات عزت نفس، دانش، خودکارآمدی بیماران در گروه آزمون در طی قبل از مداخله و پس از آن از $(35/7 \pm 5/37)$ به $(49/38 \pm 6/21)$ ارتقاء یافت ($P > 0/05$). ولی در نمرات موارد ذکر شده در گروه کنترل تفاوتی دیده نشد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که با استفاده از آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور نمرات دانش، عزت نفس و خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون افزایش یافت این در حالی بود که برای بیماران در گروه کنترل این افزایش دیده نشد بنابراین با نتایج حاصله می‌توان گفت که الگوی توانمندسازی خانواده محور سبب افزایش شاخص‌های توانمندی می‌گردد لذا از این جهت پیشنهاد می‌گردد که پرستاران جهت آموزش به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر پرفشاری خون به جای آموزش بیمار محور خانواده را درگیر کنند.

واژگان کلیدی: توانمندسازی، خانواده محور، خودکارآمدی، عزت نفس، تهدید درک شده، پرفشاری خون

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

دهد. معمولاً فشارخون سیستولیک ۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر و یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر به طور مداوم و یا

پرفشاری خون به افزایش مداوم یا متناوب فشارخون یک شخص گفته می‌شود. این افزایش در مرحله سیستول یا دیاستول، ممکن است رخ

به خود کنترلی و رفتار پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقای کیفیت زندگی لازم هستند [۱۰].

لذا با توجه به مطالب گفته شده، الگوی توانمندسازی خانواده محور الگوی مناسبی برای افزایش و ارتقای سلامتی، دانش، نگرش، خودکارآمدی می‌باشد. هدف اصلی این الگو توانمند کردن خانواده در جهت ارتقای سلامتی، افزایش کیفیت خدمات و ایجاد احساسات بهتر بین پرستاران می‌باشد [۱۱، ۱۲]. با توجه به این که بیماری فشارخون بیماری مزمن و از آمار بالایی در ایران برخوردار است و از آن جایی که با عوارض متعددی همراه است لذا این ضرورت احساس می‌شود که نسبت به توانمند کردن این دسته از بیماران تدابیری اتخاذ شود. از جمله راه‌های که منجر به توانمندسازی آموزش دادن بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده می‌باشد لذا با وجود این دلایل و از آن جایی که تا کنون مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر دانش، خودکارآمدی و عزت نفس بیماران مبتلا به پر فشاری خون انجام نشده است لذا محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای تحت این عنوان انجام دهند.

روش کار

مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی ۶۷ بیمار مبتلا به پر فشاری خون اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر قاین در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه گیری به صورت تصادفی و حجم نمونه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مشابه با ضریب اعتماد ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد [۱۳] برای هر گروه ۲۵ نفر برآورد شد 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 داشت. در نهایت مطالعه با ۳۲ بیمار در گروه مداخله و ۳۵ بیمار در گروه کنترل صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مبتلایان به پر فشاری خون اولیه تأیید شده توسط متخصص قلب و عروق، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی - درمانی (بیمار و عضو فعال خانواده از پرسنل درمانی نباشند)، سن ۳۵-۵۵ سال، گذشتن حداقل شش ماه از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به بیماری‌های دیابت و نارسایی کلیه، داشتن حداقل سواد خواندن، نوشتن بیمار، عضو فعال خانواده و نداشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش پر فشاری خون، بیماری‌های قلبی و عروقی یا برنامه کاهش وزن بود.

عدم تمایل فرد و یا عضو فعال خانواده به ادامه مشارکت در برنامه توانمندسازی و یا این که هر موردی با معیارهای ورود مغایرت داشته باشند بعنوان معیارهای خروج از مطالعه منظور شدند. در گروه مداخله فردی از خانواده به عنوان عضو فعال در این پژوهش استفاده شد. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های محقق ساخته و استاندارد استفاده شد. این پرسشنامه‌ها در دو بخش تنظیم شده است. بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی می‌باشد و بخش دوم شامل پرسشنامه توانمندی بیمار است که شامل بخش سه حیطة است که از این سه حیطة جزء تهدید درک شده یا دانش و خودکارآمدی بصورت محقق ساخته توسط امیر واحدیان عظیمی و همکاران در سال ۱۳۹۴ تدوین شد و جزء عزت نفس رزنبرگ از نوع استاندارد شده می‌باشد. پرسشنامه تهدید درک شده: این پرسشنامه پژوهشگر ساخته که با اقتباس از پرسشنامه توسط امیر واحدیان عظیمی و همکاران در سال

متناب، به پر فشاری خون دلالت می‌کند. امروزه پر فشاری خون به عنوان یکی از مهمترین عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی شناخته می‌شود [۱]. گزارش می‌شود که در سال ۲۰۱۱، ۲۵ درصد افراد بالغ و ۵۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال گرفتار بیماری پر فشاری خون شدند [۲]. این در حالی است که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع پر فشاری خون ۶۰ درصد افزایش یابد و به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد [۳]. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که پر فشاری خون در مردان و زنان ایرانی به ترتیب ۲۵/۳۱ و ۲۶/۰۵ درصد می‌باشد [۴]. بیماری پر فشاری خون در صورت عدم کنترل مناسب، زمینه‌ای برای سکتة مغزی، نارسایی احتقان قلب، نارسایی کلیه و بیماری‌های عروق محیطی می‌گردد [۵]. بیماری پر فشاری خون یکی از عوامل اصلی مرگ و میر محسوب می‌شود. به گونه‌ای که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت پر فشاری خون در سال ۲۰۱۳ مسئول حداقل ۴۵ درصد مرگ‌ها به علت بیماری قلبی و ۵۱ درصد مرگ‌ها به علت سکتة مغزی بیان شده است [۶]. یکی از مؤلفه‌های مهم در بیماران مبتلا به پر فشاری خون خودکارآمدی است. خودکارآمدی نقش مهمی در تعدیل کردن دانش و رفتار دارد، طبق مطالعات میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به پر فشاری خون نسبتاً پائین گزارش شده است که نشان دهنده عدم مناسب بودن آموزش معمولی یا آموزش بیمار محور است و نیاز به شیوه جدید آموزش به بیمار احساس می‌شود [۷]. همچنین دانش بیماران مبتلا به پر فشاری خون عامل مهمی در پذیرش و کنترل درمان می‌باشد. این در حالی است که نتایج مطالعات از پائین بودن سطح آگاهی و دانش بیماران مبتلا به فشار خون بالا حکایت می‌کند [۸]. آمارها نشان می‌دهد که آگاهی بیماران مبتلا به فشار خون بالا در جهان و ایران مناسب نیست به گونه‌ای که میزان آگاهی بیماران در آمریکا و ایران ۷۸/۷ و ۵۰ درصد گزارش شده است [۴]. دانش ناکافی باعث کاهش انگیزه برای اتخاذ روش‌های پیشگیری و در نتیجه ایجاد یک سیکل معیوب می‌شود که نتیجه نهایی آن عدم پیشگیری مناسب است [۹] از این سو توجه و اهمیت قائل شدن نسبت به آموزش بیماران مبتلا به پر فشاری خون امری مهم و جدی تلقی می‌شود.

با توجه به این که طبق نتایج بدست آمده سطح دانش، خودکارآمدی و عزت نفس بیماران مبتلا به پر فشاری خون پایین گزارش شده است، یکی از اهداف مراقبت درمانی و آموزشی، افزایش دانش، خودکارآمدی و عزت نفس است. استفاده از تئوری و الگوهای پرستاری در این زمینه کمک کننده می‌باشد [۱۰]. الگوی توانمند سازی خانواده محور، یک الگوی بومی و حاصل تحقیق کیفی گراند تئوری می‌باشد که پس از طی کردن مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم و مشخص کردن فرایند روانی-اجتماعی مساله و منتج شده متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل الگو سازی را طی کرده و سپس در طی یک تحقیق کمی نیمه تجربی اجرا شد. این الگو با تاکید بر اهمیت نقش خانواده در ابعاد انگیزش، روانشناختی، خودکارآمدی و عزت نفس قادر است که دانش، اعتقاد و مهارت بیمار و خانواده را افزایش دهد. مراحل اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور شامل درک تهدیده، خودکارآمدی و عزت نفس می‌باشد. با این الگو افراد و خانواده توانمند و مستقل شده و آنها را در برنامه درمان شرکت می‌دهد [۱۰]. الگوی توانمند سازی خانواده محور بر خشنودی و عزت نفس تاکید دارد. با اجرای یک برنامه توانمند سازی با هدف افزایش عزت نفس و خشنودی،

۱۳۹۴ تدوین شد، شامل ۲۰ سؤال که به صورت ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ (نظری ندام ۱ تا بسیار موافقم ۵) امتیاز بندی شده، حداقل امتیاز ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد.

۲- پرسشنامه خودکارآمدی بیمار: این پرسشنامه پژوهشگر ساخته که با اقتباس از پرسشنامه توسط امیر واحدیان عظیمی و همکاران در سال ۱۳۹۴ تدوین شد، برای اندازه گیری خودکارآمدی بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۱۲ سؤال ۵ گزینه‌ای طراحی شده است که حداقل امتیاز ۱۲ و حداکثر ۶۰ می‌باشد. لازم به ذکر است که پایایی این پرسش نامه توسط آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۹٪ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲٪ گزارش شد [۱۰].

۳- پرسشنامه عزت نفس رزنبرگ: این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال ۴ قسمتی طیف لیکرت از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۱) بوده و حداکثر امتیاز آن ۴۰ و حداقل ۱۰ است که هرچه نمره بالاتر باشد عزت نفس فرد بالاتر است و بالعکس. روایی این پرسشنامه در مطالعه‌ای در ایران مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴]. پایایی پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از بیماران با شرایط واحدهای پژوهش در بیمارستان انجام و پس از دو هفته مجدد تکمیل شد و پایایی ثبات پرسشنامه توانمندی بیمار به دست آمد ($ICC = 0/80$).

برای تکمیل پیش آزمون، محقق به صورت پرسیدن تک تک سؤال ها به صورت چهره به چهره از بیمار اقدام نمود، در همان جلسه پرسشنامه توانمندسازی عضو فعال خانواده توسط خودشان در حضور محقق تکمیل و در صورت داشتن سؤال توسط محقق پاسخ داده می‌شد. پس از تجزیه و تحلیل داده مربوط به پیش آزمون، مداخله در سه گام برای گروه آزمون در گروه های ۳-۵ نفره اجرا شد [۱۰] در گام اول (تهدید درک شده) جلساتی با هدف افزایش تهدید درک شده از طریق افزایش سطح دانش و شناخت آنان در مورد مشکلاتی که بیمار را تهدید می‌کند، مشکلات و شناخت عوارض بیماری تشکیل شد. در جلسات اول و دوم، پژوهشگر درمورد ماهیت و فرآیند بیماری و پیش آگهی، علائم و احتمال ایجاد عوارض و پیامدهای ناشی از آن و راهکارهای پیشگیری و درمانی و رژیم دارویی و پیگیری برنامه درمانی، توضیحاتی داد به گونه‌ای که خود مشارکت کنندگان بحث را ادامه داده و بحث و گفتگو کردند. به منظور تداوم یادگیری از کارت‌های آموزشی نیز استفاده شد. کارت‌های آموزشی دارای توضیح به زبان ساده و تصاویر گویا، در هر جلسه مرتبط با موضوع بحث به بیماران داده شد. زمان هر جلسه با توجه به تمایل و تحمل بیمار حدود ۳۰-۴۰ دقیقه بوده است. در گام دوم (خودکارآمدی به روش مشکل گشایی) بیمار ضمن آگاهی و شناخت عمیق نسبت به فرآیند بیماری و عوارض آن با اعتماد به نفس و احساس این که (من می‌توانم در بهبود وضعیتم نقش داشته باشم) در برنامه مراقبتی مشارکت فعال داشت. برای این منظور جلسات حل مسئله برگزار گردید و به حل مسائل و مشکلات مرتبط با بیماری به روش بحث گروهی پرداخته شد. مثلاً "روش گرفتن صحیح فشارخون به صورت عملی انجام شد. هدف شناخت مشکل توسط افراد واحدهای پژوهش و ارائه راه حل توسط خودشان و اجرا همراه با ارتقاء سطح خودکارآمدی از طریق بحث و گفتگو بود. درگام سوم (عزت نفس) از بیمار خواسته شد که در آموزش به عضو فعال خانواده مشارکت کند به این ترتیب که مطالب بحث شده در هر جلسه را به عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده منتقل نماید و علاوه بر این برای هر جلسه

کارت‌های آموزشی نیز توسط پژوهشگر برای عضو فعال خانواده که حاوی مطالب و تصاویر گویا به زبان ساده و در پشت کارت‌ها دو سؤال مرتبط با آن ارسال شد. جلسات تشکیل شده برای هر بیمار ۳-۵ جلسه بوده است. گام چهارم، شامل ارزشیابی فرایند 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 از طریق پرسشنامه اجرا شد؟ [۱۰] لازم به ذکر است پس از اتمام مطالعه مطالب آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS 18 انجام شد. برای داده های کیفی از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های کمی از آزمون تی مستقل، من ویتنی و کای دو برای مقایسه بین گروه‌ها، تی زوجی برای مقایسه وضعیت قبل و بعد از مداخله در هر گروه استفاده شد. سطح معنی داری ($P > 0/05$) در تمام اندازه گیری‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب $(47/03 \pm 5/39)$ و $(48/51 \pm 7/37)$ بود آزمون آماری من ویتنی ارتباط معنی داری بین این متغیر در دو گروه نشان نداد ($P = 0/28$). میانگین BMI در گروه آزمون $(28/66 \pm 3/88)$ و در گروه کنترل $(28/71 \pm 2/92)$ بود. آزمون آماری تی مستقل ارتباط معنی داری بین این متغیر نشان نداد ($P = 0/95$). بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P < 0/05$) (جدول ۱). بیشترین درصد فراوانی جنسیتی در هر دو گروه آزمون $(78/1\%)$ و شاهد (80%) مربوط به زنان بود. ۱۰۰٪ افراد گروه آزمون و $96/7\%$ گروه شاهد متأهل بوده، همه اعضای گروه شاهد و آزمون ساکن شهر بودند و $(61/3\%)$ در گروه آزمون $(57/1\%)$ در گروه شاهد دارای سابقه خانوادگی بیماری بودند.

آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر نمره تهدید درک شده در در مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند ($P = 0/42$)، ولی بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه دارد ($P = 0/001$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات فوق بعد از مداخله در مقایسه با قبل آن و حاصل آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری را در میزان نمره تهدید درک شده در گروه آزمون نشان می‌دهد ($P = 0/001$). آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر نمره خودکارآمدی در مرحله قبل از مداخله، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند ($P = 0/9$). ولی بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد ($P = 0/001$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات فوق بعد از مداخله در مقایسه با قبل از آن و حاصل از آزمون تی زوجی اختلاف معنی دار در نمره خودکارآمدی در گروه آزمون نشان می‌دهد ($P = 0/001$). آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر نمره عزت نفس در مرحله قبل از مداخله، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند ($P = 0/84$). ولی بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0/1$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات فوق بعد از مداخله در مقایسه با قبل از آن و حاصل از آزمون تی زوجی

اختلاف معنی داری را در میزان عزت نفس در گروه آزمون نشان نمی‌دهد ($P = 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۱: نحوه توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در افراد مبتلا به پرفشاری خون به تفکیک گروه کنترل و آزمون

متغیر	گروه آزمون		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مرد	۷	۶	۱۷/۱
	زن	۲۵	۲۹	۸۲/۹
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱۶	۲۲	۶۲/۹
	راهنمایی	۸	۴	۱۱/۴
	دیپلم	۴	۳	۸/۶
	بالتر از دیپلم	۴	۶	۱۷/۱
وضعیت اشتغال	آزاد	۴	۴	۱۱/۵
	کارمند	۵	۴	۱۱/۴
	خانه دار	۲۳	۲۷	۷۷/۱
سابقه فامیلی	دارد	۲۰	۲۰	۵۷/۱
	ندارد	۱۲	۱۵	۴۲/۳

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های توانمندی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P-value
تهدید درک شده	آزمون	۸۰ ± ۱۳/۳۸	P = 0/0001
	کنترل	۶۲/۵۶ ± ۲۰/۱۴	
خودکارآمدی	آزمون	۴۹/۳۸ ± ۶/۲۱	P = 0/0001
	کنترل	۳۶ ± ۸/۱۹	
عزت نفس	آزمون	۲۹/۱۵ ± ۴/۱۶	P = 0/05
	کنترل	۲۷/۰۳ ± ۵/۶۹	

بحث

مطالعه آموزشها طی ۶ جلسه و همراه با بحث گروهی و درگیری بیمار در فرایند یادگیری می‌باشد و هم اینکه با درگیری اعضای خانواده از طریق خود بیمار در مرحله سوم اجرای الگو، بیمار مطالب آموزش دیده از طریق بحث گروهی به اعضای خانواده منتقل نمود که ضمن تثبیت موارد آموزش دیده شده سبب جلب همکاری اعضای خانواده و حمایت از بیمار در تغییر سبک زندگی و کنترل بیماری فشار خون می‌شود. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که با انجام تمرینات ورزشی خاص سبب افزایش خودکارآمدی و سایر متغیرهای ادراکی شناختی و کاهش فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌شود [۱۸].

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ورزش با توجه به ماهیت آن، افراد را بیشتر درگیر فعالیت فیزیکی می‌کند و به توانمندی فیزیکی افراد کمک کرده و می‌تواند به صورت مستقیم کارآمدی افراد را در فرایندهای زندگی روزمره افزایش دهد و با توجه به اینکه برنامه توانمندسازی مطالعه حاضر بیشتر به مسائل روحی و روانی و حمایت‌های خانواده مد نظر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت جهت افزایش خودکارآمدی بیماران هم باید به جنبه‌های فیزیکی و روحی روانی و حمایت‌های خانوادگی افراد توجه نمود. همچنین مطالعه بالجانی و

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به کارگیری برنامه توانمند سازی خانواده محور می‌تواند موجب بهبود میزان تهدید درک شده و خودکارآمدی بیمار شود در ارتباط با بعد عزت نفس، بر خلاف اینکه عزت نفس بیماران در این مطالعه افزایش یافته بود ولی این اختلاف معنی دار نبود. در کل می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری روش فوق برای پرستاران به عنوان روش مبتنی بر تفکر توانمندی و تأکیدی بر امر خودمراقبتی، چشم اندازی جدید در امر ارائه آموزش به بیمار و خانواده به شمار می‌رود.

در رابطه با بعد خودکارآمدی، نتایج مطالعه سوادکوه و همکاران که از طریق افزایش خودتدبیری به افزایش خودکارآمدی بیماران منجر گردید [۱۵]، مطالعه کفعمی با اجرای برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس [۱۶] و مطالعه بهزاد که بررسی تأثیر برنامه توانمند سازی مبتنی بر پیگیری تلفنی بر خودکارآمدی در رفتارهای خود مراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون پرداختند با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد [۱۷].

در این مطالعات آموزشها به صورت برگزاری کارگاه یک الی دو جلسه‌ای صورت گرفته و همراه با پیگیری تلفنی می‌باشد در صورتیکه در این

برنامه توانمند سازی بیماران بر روی نتایج بالینی و استفاده از سروسهی خدمات بهداشتی پرداخت نشان داد که برنامه آموزشی با تاکید بر افزایش دانش و مهارت بیماران سبب افزایش نتایج بالینی مؤثر و استفاده کمتر از درمانگاههای در طی ۱۲ ماه در این گروه از بیماران شد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که برنامه توانمندسازی خانواده محور در ارتباط با بیماران مبتلا به پرفشاری خون، مانند همراهی با بیمار و خانواده، توضیح در مورد پروسه بیماری و جراحی، پاسخگویی به سئوالات آنها به زبان ساده، مشارکت دادن بیماران در تصمیم گیری مراقبت‌های درمانی خود، حمایت عاطفی از بیماران و خانواده آنها و مشارکت آموزشی خانوادهها همگی اقداماتی هستند که می‌توانند زمینه‌ای مناسب برای بهبود شاخص‌های توانمندی (تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس) گردد. محدودیت‌های این پژوهش شامل تفاوت‌های فردی و وضعیت جسمی و روانی واحدهای پژوهش و امکان دریافت اطلاعات از منابع دیگر بوده است. همچنین پیشنهاد می‌شود. مطالعات با حجم نمونه بیشتر و در سطح وسیعتر و همچنین در دیگر بیماریهای مزمن خاص دوران سالمندی با حمایت بیشتر مسئولین بهداشتی انجام شود تا بتوان به سطوح بالاتری از توانمندی در کنترل بیماری‌های مزمن دست یافت.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد ۹۲۰۱ در تاریخ ۹۲/۱/۲۶ بود در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تصویب شد. در نهایت پژوهشگران از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی قائلن، تمامی بیماران، خانواده‌ها، مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی که در اجرای این تحقیق همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی دارند.

همکاران با عنوان "تأثیر مداخلات پرستاری در ارتقای خودکارآمدی بیماران قلبی" در سال ۱۳۸۹ نشان داد که میانگین خودکارآمدی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله به طور معنی دار تغییر کرده و بر نمره خودکارآمدی افزوده گردید که این نیز مبین نتایج پژوهش حاضر است [۱۹]. در این مطالعه همانند مطالعه حاضر به آموزش بیمار و اعضای خانواده وی پرداخته شد با این تفاوت که در مطالعه بالیجانی بیمار و عضو خانواده وی با هم در کلاسهای آموزشی شرکت داشتند اما در مطالعه حاضر بیمار فقط در کلاسهای آموزشی شرکت نموده و مطالب را به اعضای خانواده آموزش می‌داد و این باعث ثبات یادگیری در بیمار می‌شد. و همچنین از نقاط قوت مطالعه حاضر مشارکت فعال بیماران در تمام مراحل الگو و بحث‌های گروهی آن می‌باشد که بر توانمندی بیمار و حس مسئولیت پذیری فرد در قبال سلامتی خود می‌افزاید.

همچنین با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده محور میزان نمره عزت نفس بیماران در گروه آزمون از $(۳/۷۲ \pm ۴/۱۶)$ به $(۲۷/۵۰ \pm ۴/۱۶)$ (۲۹/۱۵) به طور معنی داری افزایش یافت که این امر نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله بر عزت نفس بود ولی در بیماران گروه کنترل در نمره عزت نفس تغییری مشاهده نشد. مسعودی و همکاران در سال ۱۳۹۱ مطالعه‌ای با عنوان "اثرات الگوی خانواده محور بر خشنودی درک شده و عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس" انجام دادند که نتایج نشان داد با استفاده از الگوی خانواده محور بر میانگین خشنودی درک شده و عزت نفس بیماران افزوده گردید که تصدیق کننده یافته‌های پژوهش حاضر است [۲۰]. جفکن و همکاران بیان کردند که عزت نفس واقعی باید در اعضای خانواده مورد تشویق شود. به خانواده بیمار باید توجه ویژه‌ای شود، زیرا میان شدت بیماری بیماران و عزت نفس خانواده ارتباط معنی داری وجود دارد [۲۱].

در بعد تهدید درک شده نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ربیعی [۲۲] با اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در سالمندان به توانمندی بیماران پرداخت که در بعد تهدید درک شده با مطالعه حاضر همسو می‌باشد، همچنین در مطالعه ونگ [۲۳] و همکاران که بررسی نائیر

References

- Mularcik K. Self-Efficacy toward Health Behaviors to Improve Blood Pressure in Patients Who Receive Care in a Primary Care Network. Ohio State University; 2010.
- Hacihanoglu 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.
- Mahmmodirad G, Fatemeh Mohali F, Fatemeh Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. *Med Surg Nurs J*. 2013;2(3-4):128-36.
- Delavari A, Horri N, Alikhani S, Mahdavi A, Hoseini M, Haghighi S. [Hypertension & prehypertension: Prevalence, awareness, cure and control in adult above 20-year]. *J Med Counc Iran*. 2007;24(4):372-80.
- Noori R, Alami A, Delshad Noghahi 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.
- WHO. A Global Brief on Hypertension Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2016]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension.
- Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Fam Pract*. 2007;24(3):259-62. doi: 10.1093/fampra/cmm005 pmid: 17395604
- Familoni BO, Ogun SA, Aina AO. Knowledge and awareness of hypertension among patients with systemic hypertension. *J Natl Med Assoc*. 2004;96(5):620-4. pmid: 15160976
- Timby B, Smith N. Essentials of Nursing: Care of Adults and Children. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Alhany F. [Design and evaluation of family-centered empowerment model for prevention of iron deficiency]. Tehran, Iran: Tarbiat Modarres University; 2004.
- Stanhope M, Lancost J. Community and Public Health Nursing: Mosby 2004.

12. Committee on Hospital Care. American Academy of P. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112(3 Pt 1):691-7. [pmid: 12949306](#)
13. Navidian A, Abedi M, Baghban I, Fatehizadeh M. [Lifestyle modifications of clients suffering from hypertension]. *Razi J Med Sci*. 2010;17(71):79-94.
14. Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad G, Mazlom S, Alhany F. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of Patient With Multiple Sclerosis. *J Mashhad Sch Nurs Midwifery*. 2009;9(3):174-83.
15. Savadkooh U, Zakeri Moghadam M, Ghiyasvandian S, Kazemnejad A. [The effect of self-management program on the promotion of self-efficacy Patients with primary hypertension]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013;22(29):19-28.
16. Kafami F. The effective of self management program on self efficacy and health position in MS patients. Iran: 2009.
17. Y B, F B, H H. Effect of empowerment program with the telephon follow-up(tele-nursing) on sehf – efficacy in sehf – care behaviors in hypertensive older adults. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;13(11):1004-15.
18. Lee MS, Lim HJ, Lee MS. Impact of qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. *J Altern Complement Med*. 2004;10(4):675-80. [doi: 10.1089/acm.2004.10.675](#) [pmid: 15353025](#)
19. Baljani E, Rahimi K, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjo M. [The effect of nursing intervention on self efficacy and decrease vascular risk factor in cardiovascular patients]. *Hayat* 2011;17(1):45-54.
20. Masoodi R, Soleimani M, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N. [Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers]. *Koomsh*. 2013;14(2):240-8.
21. Geffken GR, Storch EA, Duke DC, Monaco L, Lewin AB, Goodman WK. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2006;20(5):614-29. [doi: 10.1016/j.janxdis.2005.07.001](#) [pmid: 16084686](#)
22. Rabiei I, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. [Effects of Family-Centered Interventions on Empowerment of the Elderly]. *J Health Syst Res*. 2011;8(2):301-13.
23. Wong CK, Wong WC, Lam CL, Wan YF, Wong WH, Chung KL, et al. Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational matched cohort study. *PLoS One*. 2014;9(5):e95328. [doi: 10.1371/journal.pone.0095328](#) [pmid: 24788804](#)