

همبستگی حمایت اجتماعی همسر و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم

امین عربشاهی^۱ ذبیح‌اله قارلی‌پور^۲ ابوالفضل محمدبیگی^۳ فاطمه‌السادات ایزدخواه^۴ سیامک محبی^{۴*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

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

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

چکیده

هدف: از آنجایی که حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و خودمراقبتی از عوامل تأثیرگذار در کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری‌های مزمن از جمله فشارخون بالا می‌باشد، مطالعه‌ای با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی همسر و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود که بر روی ۲۱۱ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهری، به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و در دسترس در سال ۱۳۹۸ در شهر قم انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی، پرسشنامه حمایت اجتماعی شربورن و استوارت و چکلیست جهت بررسی و ثبت فشارخون سیستول و دیاستول و فشارسنج عقربه‌ای استاندارد بود. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که ارتباط مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر (نمره کل) و مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی رژیم کم‌نمک ($P\text{-Value} < 0.001$)، رژیم دارویی ($P\text{-Value} = 0.008$)، مدیریت وزن ($P\text{-Value} < 0.001$)، فعالیت بدنی ($P\text{-Value} = 0.009$) و عدم کشیدن سیگار ($P\text{-Value} = 0.001$) و نیز ارتباط معکوس و معناداری بین حمایت اجتماعی دریافت شده (نمره کل) با میزان فشارخون سیستول ($P\text{-Value} = 0.02$) و دیاستول ($P\text{-Value} = 0.017$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی همسر باید به عنوان یک مؤلفه اثرگذار بر میزان رفتارهای خودمراقبتی و فشارخون سیستول و دیاستول در بیماران با فشارخون بالا در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، فشارخون.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۸/۱۰/۱۶ پذیرش مقاله: ۹۸/۱۲/۰۱

ارجاع: عربشاهی امین، قارلی‌پور ذبیح‌اله، محمدبیگی ابوالفضل، ایزدخواه فاطمه‌السادات، محبی سیامک، همبستگی حمایت اجتماعی همسر و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم. طب پیشگیری. ۱۳۹۹؛ ۱(۱): ۱-۱۲.

فشارخون در واقع نیرویی است که خون با آن در شریان‌ها در جریان بوده و مولد آن قلب است و به دو عامل مهم یکی برون ده قلب (۵ تا ۶ لیتر در دقیقه) و عامل دیگر مقاومت رگ بستگی دارد. فشارخون بالا شایع‌ترین عامل بروز سکته مغزی و نارسایی کلیوی است و هر چه فشارخون بالاتر باشد شانس

مقدمه

پرفشاری خون سومین علت مرگ‌ومیر در جهان شناخته شده و سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۱۳ را با عنوان مبارزه با بیماری فشارخون بالا نام‌گذاری کرده است. این بیماری به دلیل نداشتن نشانه‌های آشکار به قاتل خاموش معروف است (۲،۱).

نویسنده مسئول: سیامک محبی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

ORCID : 0000-0002-9407-6385

پست الکترونیکی: mohebisiamak@yahoo.com

تلفن: +۹۸۹۱۸۳۳۰۴۲۹۷

سکته قلبی، سکته مغزی و بیماری کلیوی بیشتر می‌شود (۳). میزان شیوع پرفشاری خون در ایران همچون بسیاری از کشورهای جهان به دلایلی از جمله تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی و همچنین افزایش طول عمر مبتلایان به دنبال پیشرفت دانش پزشکی رو به افزایش است (۴). براساس آمارها بیش از یک میلیارد و ۱۳۰ میلیون نفر در دنیا به فشارخون بالا مبتلا هستند. این موجب مرگ ۱۰ میلیون نفر و ناتوانی ۲۰۰ میلیون نفر در سال می‌شود. بررسی‌های بین‌المللی نشان داده است جمعیت ایران بیش از متوسط جهانی، در معرض ابتلا به فشارخون و عوارض آن قرار دارد که نیمی از آن‌ها از ابتلا به این بیماری اطلاع کافی ندارند (۵). محققین تأثیر مثبت دارودرمانی به همراه 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. نتایج آنالیزهای آماری مطالعات پیشین بیانگر کاهش ۵ و ۴/۳ میلی‌متر جیوه در میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در نتیجه انجام رفتارهای خودمراقبتی بوده است (۶،۱).

مراقبت از خود معمول‌ترین پاسخ رفتاری به بیماری و مهم‌ترین شکل مراقبت چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای درحال توسعه می‌باشد و دربرگیرنده فعالیت‌هایی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علائم، درمان بیماری و توان‌بخشی بیماری‌های مزمن است (۷). انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون وضعیت مطلوبی ندارد چنانچه در مطالعه‌ای که توسط رضوان و همکاران روی ۳۱۵ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهر قم انجام گرفت ۲۷/۹ درصد نمونه‌ها در وضعیت خودمراقبتی ضعیف، ۶۸/۶ درصد در وضعیت خودمراقبتی متوسط و ۲/۵ درصد در وضعیت خودمراقبتی مطلوب قرار داشتند (۸).

مطالعه زینت‌مطلق در استان کهگیلویه و بویراحمد در جنوب ایران نشان داد که از نظر تغذیه و رژیم، مصرف دارو، مدیریت وزن و فعالیت بدنی تبعیت کمی وجود دارد، از طرفی حمایت اجتماعی سپری در مقابل پیامدهای منفی این بیماری است. حمایت اجتماعی از مسیرهای فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی بر شاخص‌های سازگاری تأثیر دارد (۹،۱۰). وجود حمایت اجتماعی در افراد باعث کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی، فشارخون، سردرهای عصبی و ناراحتی‌های گوارشی می‌شود و نیز اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد و همچنین تأثیرات سو ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش و باعث می‌شود افراد با بیماری خود سازگارتر شوند (۱۱).

هفتمین کمیته مشترک ملی در ارتباط کنترل و درمان پرفشاری خون به درگیری اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به پرفشاری خون، تأکید می‌کند که حمایت اجتماعی می‌تواند در کنترل پرفشاری خون نقش به‌سزایی داشته باشد (۱۲). 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 (۱۳).

اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان افرادی که در تماس روزانه با شریک زندگی‌شان هستند بیشتر دیده می‌شود و این رفتارها بیشتر از طریق کنترل مستقیم اجتماعی از قبیل یادآوری، تشویق، پایش و یا حتی تهدید نیز صورت می‌گیرد این در حالی است که در کمترین مطالعه‌ای به نقش ارزنده خانواده بیماران به‌ویژه همسران پرداخته شده است (۱۴).

حال با توجه به اهمیت نقش حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی در کنترل و پیشگیری از بیماری پرفشاری خون، پژوهشی با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی (توصیفی-تحلیلی) از نوع همبستگی می‌باشد و با مشارکت افراد مبتلا به پرفشاری خون اولیه در طی ۹ ماه (اوایل بهار تا اواخر پاییز) در شهر قم در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه کلیه بیماران (زن و مرد) مبتلا به فشارخون بالا که به مراکز خدمات جامعه سلامت شهری مراجعه می‌کردند بود. ملاک انتخاب مراکز خدمات جامعه سلامت به صورت تصادفی و از ۳ منطقه مختلف (بالا، مرکز، پایین) شهر انجام و نمونه‌گیری از بیمارانی که به مراکز خدمات مراجعه می‌کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش غیراحتمالی و در دسترس انجام شد حجم نمونه لازم با توجه به مطالعه امیدی و همکاران با موضوع بررسی همبستگی حمایت اجتماعی و مدیریت پرفشاری خون در زنان یائسه مبتلا به پرفشاری خون با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۱ و $P\text{-Value}=0/5$ ۲۱۱ نفر برآورد گردید (۱۵).

معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون اولیه، تأیید فشارخون اولیه کنترل نشده توسط پزشک، حداقل استفاده از یک دارو برای کنترل فشارخون، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز خدمات جامعه سلامت بود همچنین معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری، داشتن بیماری فشارخون بالا ناشی از بیماری‌های دیگر (فشارخون ثانویه) در نظر گرفته شد.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی و پرسشنامه حمایت اجتماعی شربورن و استوارت و

چکلیست جهت بررسی و ثبت فشارخون سیستول و دیاستول و فشارسنج عقربه‌ای استاندارد استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، میزان درآمد و شغل افراد بود. جهت ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون از پرسشنامه تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی استفاده شد (۱۶). پرسشنامه مذکور وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی را در طی ۷ روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد و مشتمل بر ۳۰ سؤال می‌باشد. بخش پایبندی به درمان شامل ۳ سؤال با طیف نمرات صفر تا ۲۱ بوده است و حداکثر نمره نشان‌دهنده تبعیت از رژیم دارویی بود. بخش رژیم کم‌نمک دارای ۱۲ سؤال با طیف نمرات ۰ تا ۸۴ بوده و کسب نمرات ۷۲ یا بالاتر نشان‌دهنده پیروی از رژیم کم‌نمک است. بخش فعالیت بدنی شامل ۲ سؤال و طیف نمرات ۰ تا ۱۴ بوده و شرکت‌کنندگانی که نمره ۸ یا بالاتر را کسب نمایند، پیروی‌کننده از رفتار فعالیت بدنی محسوب می‌شوند. بخش سیگار کشیدن دارای ۲ سؤال مربوط به وضعیت استعمال سیگار و قلیان و طیف نمرات ۰ تا ۱۴ می‌باشد و افرادی که به هر دو سؤال این بخش پاسخ صفر دهند به عنوان غیرسیگاری و سایر افراد به عنوان سیگاری محسوب می‌شوند و به افراد غیرسیگاری نمره ۱۴ تعلق می‌گیرد. بخش مدیریت وزن شامل ۱۰ سؤال و نمره دهی آن بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد و طیف نمرات ۱۰ تا ۵۰ در نظر گرفته شد و بیماران که نمره ۴۰ یا بالاتر کسب نمایند، تبعیت‌کننده خوب از رفتار مدیریت وزن محسوب می‌شوند. این پرسشنامه در مطالعه خسروی‌زاده و همکاران استفاده شد، روایی آن توسط پانل نخبگان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین میزان ضریب

آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷ گزارش شده است (۱۷). این در حالی که در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت استفاده شد (۱۸). این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. بخش حمایت اطلاعاتی-هیجانی شامل سؤالات ۸-۱ که راهنمایی، اطلاع‌رسانی و عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بخش حمایت ملموس شامل سؤالات ۹-۱۲ که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد. بخش مهربانی که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد و شامل سؤالات ۱۵-۱۳ می‌شود بخش تعامل اجتماعی مثبت که پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل سؤالات ۱۸-۱۶ می‌شود و سؤال آخر نیز اضافی طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک 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 به دست آمده جمع و به صورت زیر ارزیابی شد. حداقل امتیاز ممکن ۱۹ و حداکثر ۹۵ بود. نمره بین ۳۸-۱۹ میزان برخورداری از حمایت خانواده کم، نمره بین ۵۷-۲۸ میزان برخورداری فرد از حمایت خانواده متوسط، نمره بالاتر از ۵۷ میزان برخورداری فرد از حمایت خانواده زیاد را مشخص می‌کرد. برای به دست آوردن نمره کلی همه امتیازات باهم جمع شدند. نمره بالا آزمودنی در این مقیاس بیانگر این بود 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 شد. تمثالی‌فر و منصوره نیک ضمن به تأیید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روانشناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند (۱۹).

برای اندازه‌گیری فشارخون آزمودنی‌ها ابتدا ۱۰ دقیقه استراحت کرده و سپس با دستگاه اندازه‌گیری فشارسنج عقربه‌ای استاندارد بریسک HS20A، فشارخون آن‌ها دو بار با فاصله ۵ دقیقه از دست راست در حالت نشسته اندازه‌گیری و متوسط آن به عنوان فشارخون سیستولی و دیاستولی ثبت گردید. پرسشنامه‌ها و چکلیست‌های ثبت فشارخون توسط دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و به‌صورت مصاحبه سازمان‌یافته از بیماران بعد از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی قم جمع‌آوری شد. داده‌ها در نهایت پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ ثبت و با استفاده از آمار توصیفی از طریق میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آمار تحلیلی از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری (≤ 0.05) (P-Value) در تمام تحلیل‌های آماری در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی نیز با توضیح اهداف مطالعه به بیماران و نیز داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه رعایت شد.

یافته‌ها

بررسی افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد که ۶۵/۴ درصد (۱۳۸ نفر) افراد مورد مطالعه مرد و ۳۴/۶ درصد (۷۳ نفر) افراد مورد مطالعه زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $54/80 \pm 8/46$ در محدوده سنی ۳۰-۶۵

سال بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری پرفشاری خون افراد مورد مطالعه $5/58 \pm 4/21$ در محدوده ۲۰-۱ سال بود و بیشتر بیماران دارای سطح سواد ابتدایی $64/9$ درصد (164 نفر) و کارگر $34/1$ درصد (72 نفر) بودند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد (درصد)
تحصیلات	ابتدایی $1137 (64/9)$
	راهنمایی $33 (10/6)$
	دیپلم $19 (9)$
	دانشگاهی $22 (10/4)$
شغل	بیکار $51 (24/2)$
	کارمند $19 (9)$
	کارگر $72 (34/1)$
	آزاد $44 (20/9)$
درآمد	بازنشسته $20 (11/8)$
	کمتر از ۷۰۰ هزار تومان $62 (29/4)$
	بین ۷۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰ هزار تومان $73 (34/6)$
	بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰ هزار تومان $76 (36)$

یافته‌های مطالعه نشان داد که $65/4$ درصد (128 نفر) بیماران به رژیم دارویی، $23/2$ درصد (49 نفر) به رژیم کم‌نمک، $52/6$ درصد (113 نفر) مدیریت وزن $57/8$ درصد (122 نفر) فعالیت بدنی، $73/5$ درصد (155 نفر) عدم کشیدن سیگار تبعیت دارند.

میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی (نمره کل) $80/84 \pm 16/38$ بود که در محدوده نمره ۹۵-۱۹ قرار داشت همچنین میانگین و انحراف معیار فشارخون سیستولیک $13/19 \pm 1/66$ و دیاستولیک $8/1/15$ بود که به ترتیب در محدوده اندازه ۹-۱۹ و $5/5-13$ قرار داشت (جدول ۲).

بر پایه بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با حمایت اجتماعی، رفتارهای خودمراقبتی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک آزمون واریانس مشخص کرد

که متغیر شغل با مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی رژیم کم‌نمک ($P\text{-Value}=0/04$)، فعالیت بدنی ($P\text{-Value}=0/018$)، مدیریت وزن ($P\text{-Value}=0/041$)، تبعیت از رژیم دارویی ($P\text{-Value}=0/03$) و حمایت اجتماعی (نمره کل) ($P\text{-Value}=0/041$) ارتباط معناداری دارد و میانگین رفتارهای خودمراقبتی رژیم کم‌نمک، فعالیت بدنی و مدیریت وزن و حمایت اجتماعی دریافت شده در افراد کارمند بیشتر و میانگین تبعیت از رژیم دارویی در افراد کارگر کمتر از سایر مشاغل است.

همچنین این آزمون ارتباط معناداری را بین تحصیلات با مدیریت وزن ($P\text{-Value}=0/001$) نشان داد و مشخص کرد میانگین رفتار خودمراقبتی مدیریت وزن در افرادی که سطح سواد ابتدایی دارند کمتر از بقیه افراد است. و نشان داد که ارتباط معناداری بین سطح درآمد با تبعیت از رژیم دارویی ($P\text{-Value}=0/01$) وجود دارد و میانگین تبعیت از درمان دارویی در افرادی که سطح درآمد ماهیانه آنها بالاتر می‌باشد بیشتر است.

آزمون تی‌مستقل مشخص کرد که بین جنسیت با تبعیت از رژیم دارویی ($P\text{-Value}=0/036$) و عدم کشیدن سیگار ($P\text{-Value}=0/01$) ارتباط معنادار وجود دارد و میانگین رفتار خودمراقبتی رژیم دارویی و عدم کشیدن سیگار در خانم‌ها بیشتر از آقایان می‌باشد. اما این آزمون ارتباط معناداری را بین جنسیت با رژیم غذایی کم‌نمک ($P\text{-Value}=0/684$)، فعالیت بدنی ($P=0/837$)، فشارخون ($P\text{-Value}=0/344$)، مدیریت وزن ($P\text{-Value}=0/906$)، فشارخون سیستولیک ($P\text{-Value}=0/953$) و حمایت اجتماعی ($P\text{-Value}=0/822$) نشان نداد.

جدول ۲- مقادیر میانگین و انحراف معیار هر یک از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک

متغیر	مؤلفه	مینیمم	ماکسیمم	میانگین	انحراف معیار	دامنه قابل اکتساب
حمایت اجتماعی	اطلاعاتی/هیجانی	۸	۴۰	۳۳/۰۱	۷/۹۲	۴۰-۸
	مادی	۴	۲۰	۱۷/۸۹	۲/۹۹	۲۰-۴
	تعامل مثبت اجتماعی	۳	۱۵	۱۲/۷۶	۲/۹۵	۱۵-۳
	مهربانی	۳	۱۵	۱۲/۷۶	۲/۰۵	۱۵-۳
رفتارهای خودمراقبتی	حمایت اجتماعی (نمره کل)	۱۹	۹۵	۸۰/۸۴	۱۶/۳۸	۹۵-۱۹
	رژیم دارویی	۰	۲۱	۱۵/۸۸	۸/۰۸	۲۱-۰
	رژیم کم‌نمک	۸	۸۴	۶۳/۳۴	۱۲/۶۸	۸۴-۰
	فعالیت بدنی	۰	۱۴	۸/۱۵	۵/۵۷	۱۴-۰
	سیگار نکشیدن	۰	۱۴	۱۲	۲/۶۲	۱۴-۰
فشارخون	مدیریت وزن	۱۰	۵۰	۳۸/۷۸	۷/۱۵	۵۰-۱۰
	فشارخون سیستولیک	۹	۱۹	۱۳/۱۹	۱/۶۶	-
	فشارخون دیاستولیک	۵/۵	۱۳	۸/۲۳	۱/۱۵	-

در بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با رفتارهای خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و فشارخون سیستول و دیاستول ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری را بین سن با مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ($r=-0/147$) ($P-Value=0/033$) و رژیم کم‌نمک اجتماعی ($r=-0/144$) ($P-Value=0/037$) نشان داد و ارتباط معناداری را بین طول مدت بیماری با مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی تبعیت از درمان دارویی ($r=0/280$) ($P-Value=0/005$)، فعالیت بدنی ($r=-0/192$) ($P-Value=0/014$)، عدم کشیدن سیگار ($r=0/218$) ($P-Value=0/001$) و مدیریت وزن ($r=0/218$) ($P-Value<0/001$) نشان داد (جدول ۳).

در بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با رفتارهای خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و فشارخون سیستول و دیاستول ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری را بین سن با مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ($r=-0/147$) ($P-Value=0/033$) و رژیم کم‌نمک اجتماعی ($r=-0/144$) ($P-Value=0/037$) نشان داد و ارتباط معناداری را بین طول مدت بیماری با مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی تبعیت از درمان دارویی ($r=0/280$) ($P-Value=0/005$)، فعالیت بدنی ($r=-0/192$) ($P-Value=0/014$)، عدم کشیدن سیگار ($r=0/218$) ($P-Value=0/001$) و مدیریت وزن ($r=0/218$) ($P-Value<0/001$) نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳- ضرایب همبستگی و سطح معناداری بین ابعاد حمایت اجتماعی همسر با مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک

متغیر	رژیم دارویی	فعالیت بدنی	رژیم کم‌نمک	عدم کشیدن سیگار	مدیریت وزن	فشارخون سیستول	فشارخون دیاستول
حمایت ملموس	$P=0/001$ $r=0/225$	$P=0/009$ $r=0/179$	$P=0/001$ $r=0/232$	$P=0/007$ $r=0/184$	$P<0/001$ $r=0/287$	$P=0/028$ $r=-0/143$	$P=0/094$ $r=-0/173$
تعامل مثبت اجتماعی	$P=0/062$ $r=0/129$	$P=0/053$ $r=0/133$	$P=0/001$ $r=0/226$	$P=0/002$ $r=0/209$	$P<0/001$ $r=0/316$	$P=0/064$ $r=-0/128$	$P=0/064$ $r=-0/128$
مهربانی	$P=0/011$ $r=0/174$	$P=0/015$ $r=0/168$	$P=0/001$ $r=0/231$	$P=0/002$ $r=0/207$	$P<0/001$ $r=0/287$	$P=0/10$ $r=-0/114$	$P=0/053$ $r=-0/133$
اطلاعاتی / هیجانی	$P=0/025$ $r=0/155$	$P=0/014$ $r=0/168$	$P<0/001$ $r=0/297$	$P=0/004$ $r=0/196$	$P<0/001$ $r=0/299$	$P=0/027$ $r=-0/152$	$P=0/007$ $r=-0/184$
حمایت اجتماعی (نمره کل)	$P=0/008$ $r=0/183$	$P=0/009$ $r=0/180$	$P<0/001$ $r=0/286$	$P=0/001$ $r=0/218$	$P<0/001$ $r=0/327$	$P=0/02$ $r=-0/151$	$P=0/017$ $r=-0/165$

فشارخون بالا بیماری مزمنی است که از همه رویادهای مهم زندگی تاثیر می‌پذیرد و این رویادها قادرند، کیفیت زندگی

بحث و نتیجه‌گیری

بیماران را تحت تاثیر قرار دهند. هرگونه درمان موفقیت آمیز در فشارخون بالا می‌بایست علاوه بر دارو درمانی بر نقش عوامل روان شناختی و جامعه شناختی نیز توجه جدی داشته باشد و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند (۲۰). با توجه به اهمیت موضوع حمایت اجتماعی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم انجام شد.

در بررسی حمایت اجتماعی نتایج تحقیق نشان داد که ۹۱/۵ درصد افراد مورد مطالعه حمایت اجتماعی خوبی دریافت کرده بودند. درحالی‌که در مطالعه امیدی و همکاران ۳۷/۵ درصد بیماران دارای حمایت اجتماعی خوب بودند این تفاوت می‌تواند ناشی از فرهنگ و سطح رفاه اجتماعی جامعه و ابزار گردآوری اطلاعات باشد (۱۵). در این مطالعه نشان داده شد که حمایت اجتماعی با سن رابطه معکوس و معنادار دارد که همسو با نتایج مطالعه امیدی و همکاران می‌باشد و مغایر با نتایج مطالعه طاهر و همکاران می‌باشد (۱۵، ۲۱).

نتایج پژوهش حاضر موید آن است که حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر با متغیر شغل افراد رابطه معنادار دارد و و افرادی که کارمند هستند حمایت اجتماعی در آن‌ها بیشتر است. به نظر می‌رسد افراد کارمند که درآمد آن‌ها بالا می‌باشد با داشتن پشتوانه مالی از تعاملات و ارتباطات و عدم مشکلات ناشی از مسائل مالی در محیط خانواده از حمایت‌های اجتماعی بالاتر برخوردار باشند. این نتایج همسو با نتایج مطالعه طاهر و همکاران نیز می‌باشد (۲۱).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت ملموس دریافتی از جانب همسر با رفتارهای خودمراقبتی رژیم غذایی کم‌نمک، تبعیت از رژیم دارویی، فعالیت بدنی، عدم کشیدن سیگار و مدیریت وزن وجود دارد. در بررسی این نتیجه می‌توان گفت بیمارانی که سطح

حمایت ملموس بالاتری را دارند از نظر مادی و رفاهی در وضعیت مناسب‌تری نسبت به افرادی که میزان حمایت ملموس کمتری را دریافت می‌کنند به سر می‌برند چرا که حمایت مادی کافی می‌تواند در کنترل و پیشگیری از فشارخون بسیار موثر باشد و بیماران دسترسی کافی به مواد غذایی و امکانات و دارو کافی برای جلوگیری از پیشرفت فشارخون در اختیار دارند.

در این مطالعه همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت اطلاعاتی-هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی رژیم غذایی کم‌نمک، تبعیت از رژیم دارویی، فعالیت بدنی، عدم کشیدن سیگار و مدیریت وزن وجود دارد به نظر می‌رسد بیمارانی که سطح حمایت اطلاعاتی-هیجانی بالاتری را دارند اطلاعات، آگاهی و بازخورد بیشتری را در مورد بیماری پرفشاری خون از همسر خود دریافت می‌کنند و میزان دریافت حمایت و همدردی از جانب همسر در آن‌ها بیشتر است و داشتن آگاهی کافی از فشارخون، تبعات و درمان به موقع آن از مهم ترین راه‌های کنترل فشارخون بالا می‌باشد.

همچنین در این مطالعه همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت مهربانی با رفتارهای خودمراقبتی رژیم غذایی کم‌نمک، تبعیت از رژیم دارویی، فعالیت بدنی، عدم کشیدن سیگار و مدیریت وزن وجود دارد دلیل این موضوع را می‌توان این گونه استنتاج کرد که ابراز عشق و علاقه نسبت به بیمار در خانواده باعث افزایش اعتماد به نفس بیمار به ادامه درمان و کاهش خستگی ناشی از درمان طولانی مدت می‌شود.

نتایج مطالعه همچنین نشان داد همبستگی مثبت و معناداری بین تعامل اجتماعی مثبت با رفتارهای خودمراقبتی رژیم غذایی کم‌نمک، عدم کشیدن سیگار و مدیریت وزن وجود دارد به نظر می‌رسد افرادی که تعامل اجتماعی مثبت بیشتری را از همسر خود دریافت می‌کنند پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را بهتر انجام می‌دهند و داشتن فعالیت‌های تفریحی باعث می‌شود بیمار اوقات خوش و آرامش بیشتری را داشته باشد و از دخانیات دوری کند.

در پایان یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین نمره حمایت اجتماعی (نمره کل) با مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی تبعیت از درمان دارویی، رژیم کم‌نمک، مدیریت وزن، فعالیت بدنی، عدم کشیدن سیگار وجود دارد. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی از عوامل موثر در سلامتی و رفتارهای مراقبت از خود می‌باشد از نتایج مثبت دیگر حمایت اجتماعی می‌توان به افزایش سلامت رفتاری، رشد و صلاحیت فردی، تطابق بهتر با بیماری اشاره کرد (۲۲). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش براتی هم‌خوانی دارد چرا که افراد متاهل رفتارهای خود تنظیمی (کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشارهای روحی و روانی، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو) مناسب‌تری نسبت به سایرین داشته در توجیح این مسئله می‌توان از خانواده به عنوان یکی از مهم ترین منابع دریافت حمایت اجتماعی نام برد. خانواده با ارائه حمایت‌های اجتماعی متفاوت (حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و خود ارزیابی) به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تقویت‌کننده رفتارهای بهداشتی، نقش بسیار زیادی در خصوص انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون بیماران ایفا نموده و باعث ارتقا این رفتارها گردیده است (۲۳). نتایج مطالعه طاهر و همکاران HU و همکاران و Turan و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری با تبعیت از درمان دارویی دارد نتایج این مطالعات همسو با نتیجه مطالعه حاضر از لحاظ ارتباط حمایت اجتماعی (نمره کل) با تبعیت از درمان دارویی می‌باشد (۲۵،۲۴،۲۱). در مطالعه امیدی و همکاران همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و حیطه‌های مدیریت پرفشاری خون (رفتارهای خودتنظیمی، خودپایشی، تبعیت از رژیم دارویی و رفتارهای خودمراقبتی) وجود دارد که از لحاظ رعایت رفتارهای خودمراقبتی و تبعیت از رژیم دارویی همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. در پژوهش حاضر یافته‌های مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده ارتباط مستقیم و

معناداری با رژیم غذایی کم‌نمک و خودمراقبتی تغذیه دارد، یافته‌های پژوهش محبی و همکاران نیز حاکی از ارتباط مستقیم و معنادار بین حمایت اجتماعی درک شده و خودمراقبتی تغذیه ای دارد که همسو با نتیجه مطالعه حاضر می‌باشد (۳۶). در مطالعه حاضر حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر ارتباط مثبت و معناداری با فعالیت فیزیکی بیماران داشت که این نتیجه با نتیجه مطالعه Idown که فعالیت بدنی با ساختارهای روانی اجتماعی مثل حمایت اجتماعی همراه است همسو می‌باشد (۲۷). براساس مطالعه عزیزاده و همکاران حمایت اجتماعی درک شده همبستگی مثبت و معناداری با رعایت رفتارهای خودمراقبتی داشت و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی درک شده باعث افزایش رعایت رفتارهای خودمراقبتی می‌شود، حمایت اجتماعی باعث تسهیل انجام رفتارهای بهداشتی می‌شود و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز که حمایت اجتماعی کافی دارند در پیروی از رژیم‌های درمانی توصیه شده یا رژیم غذایی و محدودیت مایعات موفق‌تر می‌باشند (۲۸). لازم است بگویم افرادی که حمایت اجتماعی کافی را دریافت می‌کنند اعتماد به نفس بیشتری را در انجام امور دارند و روند درمان پرفشاری خون را به خوبی مدیریت می‌کنند.

در پژوهش حاضر یافته‌های مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر ارتباط معکوس و معناداری با میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در بیماران دارد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Garcia-Peña و همکاران و امیدی و همکاران تاکید بر درگیری اعضای خانواده و حمایت اجتماعی در کنترل فشارخون هم‌خوانی دارد (۱۶،۲۹). در مطالعه امیدی رابطه معنادار و معکوس بین حمایت اجتماعی و وضعیت فشارخون مشاهده شد بدین صورت افرادی که از سطح حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند فشارخون آن‌ها در مرحله پیش فشارخون قرار داشت (۱۶). مطالعه OJO نیز نشان داد که حمایت قوی درک شده از طرف خانواده یک پیشبینی‌کننده مستقل از فشارخون کنترل شده است و پاسخ دهندگان دارای

حمایت از خانواده تقریباً ۵ برابر بیشتر از پاسخ‌دهندگان بدون حمایت خانواده فشارخون را کنترل می‌کند (۳۰).

ماهیت بیماری، نوع درمان و کنترل آن ایجاب می‌کند که بخش عمده‌ای از درمان به عهده بیمار و خانواده وی باشد و به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به پرفشاری خون به حمایت از سوی خانواده و همسر خود محتاج باشند. این حمایت اجتماعی می‌تواند اطلاعاتی-هیجانی، مادی، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی باشد. به هر حال حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد دلگرمی داده و سبب افزایش عزت‌نفس در وی گردد و او را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده نماید.

با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از مراقبت‌های این بیماران در منزل انجام می‌شود، نمی‌توان نقش خانواده خصوصاً همسر را در سازگاری بیماران به این بیماری نادیده گرفت. حضور همسر به‌عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد می‌تواند بر سلامت و عملکرد فرد و همچنین کیفیت و درک حمایت اجتماعی تاثیر گذار باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که پژوهش حاضر در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهری به روش غیراحتمالی و در دسترس انجام گرفت. بنابراین بیماران که به مراکز جامعه سلامت مراجعه نمی‌کردند از مطالعه حذف شدند بنابراین نتایج مطالعه قابلیت تعمیم به تمام بیماران مبتلا به پرفشاری خون را ندارد.

از سوی دیگر در این پژوهش فقط حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر مورد بررسی قرار گرفت و سایر عوامل موثر در حمایت اجتماعی از سوی سایر اعضای خانواده و یا شبکه‌های اجتماعی دیگر مورد کنکاش قرار نگرفت. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان‌ها و سایر درمانگاه‌ها و با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی سایر اعضا خانواده و جامعه در بیماران پرفشاری خون به روش‌های تصادفی انجام شود. از نقاط قوت مطالعه

پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی است که هر مؤلفه رفتار خود مراقبتی را به صورت جداگانه و ارتباط آن با حمایت اجتماعی بررسی شده است.

نتایج این تحقیق نشان داد که بین حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. یعنی حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر رعایت رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند باعث کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در بیماران شود. پیشنهاد می‌شود که حمایت اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر آن و رفتارهای خود مراقبتی و عوامل تسهیل‌کننده این رفتارها در برنامه‌های آموزشی به کار گرفته شود که علاوه بر کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از پرفشاری خون می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود ببخشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی قم، مسئولان مراکز بهداشت و کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تأییدیه اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1397.197 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قم ثبت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سهام نویسندگان

امین عربشاهی (نویسنده اول و مسئول) نگارش مقاله، جمع آوری داده‌ها ۳۵ درصد، ذبیح‌اله قارلی‌پور (نویسنده دوم)

حمایت مالی

این مقاله با حمایت مالی معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شده است.

بازبینی مقاله ۱۵ درصد، ابوالفضل محمدیگی (نویسنده سوم) آنالیز داده ها ۱۵ درصد، فاطمه‌السادات ایزدخواه (نویسنده چهارم) جمع آوری داده ها ۱۰ درصد، سیامک محبی (نویسنده پنجم و نویسنده مسئول). طراح پروپوزال و بازبینی مقاله ۲۵ درصد.

References

- Hazavehei SMM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R, Yazdi A. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on health belief model. *Koomesh*. 2015; 17(1):37-44. [Persian]
- Bairami S, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1):20-7. [Persian] Doi: 10.21859/jech.4.1.20
- Mehrabian F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Omidi S, Aghebati R. Investigating the Status of Blood Pressure and Its Related Factors in Individuals with Hypertension Visiting Urban and Rural Health Centers in Rasht City During 2014. *J. Health*. 2017; 8(3):328-35. [Persian]
- Nasirian M, Rozbahani N, Jamshidi A. The effect of group discussion on self-care behaviors among hypertensive patients referring to health care centers in Arak City. *SJKU*. 2019; 24(5):56-68. [Persian]
- Yusefi H, Adeli SH, Hejazi SF, Heidari H. Challenges for "National Blood Pressure Control Program": letters to the editor. *Qom Univ Med Sci J*. 2019; 13(8):1-4. [Persian] Doi: 10.29252/qums.13.8.1
- Gupta S, Geeta K, Mehto G. Self-care behaviour practices and related factors among hypertensive men and women in Delhi. *AJMS*. 2016; 4(1):12-9.
- Barati F, Sajjadi M, Farhadi A, Amiri M, Sadeghmoghadam L. Self-care behavior and related factors in older adults with hypertension in Ahvaz city. *JOGE*. 2018; 3(1):56-62. [Persian] Doi: 10.29252/joge.3.1.56
- 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. [Persian] Doi: 10.29252/qums.12.4.72
- Motlagh SFZ, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18(6):e35805. Doi: 10.5812/ircmj.35805
- Bazazian S. Self-Efficacy, Social Support, and Self Care Behaviors of Patients with Type II Diabetes. *Journal of Applied Psychology Research*. 2013; 3(4):33-44. [Persian] Doi: 10.22059/japr.2013.52825
- Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure. *IJN*. 2012; 25(75):21-31. [Persian]
- Ezzati E, Anoosheh M, Mohammadi E. The impact of group discussion with high school youth on lifestyle of their parents having high blood pressure. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2013; 16(6):e77336. [Persian]
- Abrahamian FM, De Blieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper Jr KV, et al. Health care-associated pneumonia: Identification and initial management in the ED. *Am J Emerg Med*. 2008; 26(6 Suppl):1-11. Doi: 10.1016/j.ajem.2008.03.015
- Poormuhamad S, Jalili Z. Related factors to self-care behaviors in elderly with hypertension based on the Health Belief Model in Uremia County. *JOGE*. 2017; 2(1):41-50. [Persian] Doi: 10.29252/joge.2.1.41

15. 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 Car.* 2017; 25(2):75-83. [Persian] Doi: 10.21859/nmj-250210
16. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary Validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and Clinical Blood Pressure Among Patients With Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2013; 15(9):637-43. Doi: 10.1111/jch.12157
17. 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.
18. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991; 32(6):705-14.
19. Tamanaifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. *IRPHE.* 2014; 20(1):149-66. [Persian]
20. Gangi S, Peyman N, Meysami Bonab S, Esmaily H. Comparative study of two methods of fluid therapy with ringer's lactate and ringer's solution. 2018; 60(6):792-803. [Persian] Doi: 10.22038/mjms.2018.10784
21. 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. [Persian] Doi: 10.20286/jech-010348
22. Asadi N, Royani Z. Assessing the relation between social support and depression among patients undergoing hemodialysis in Kerman city. *JHOSP.* 2015; 14(2):79-85. [Persian]
23. 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. [Persian]
24. Hu H, Li G, Araq 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.
25. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *J Vasc Nurs.* 2019; 37(1):46-51. Doi: 10.1016/j.jvn.2018.10.005
26. Mohebi S, Azadbakht L, Feyzi A, Sharifirad G, Hozouri M, Sherbafchi M. Relationship of perceived social support with receiving macronutrients in women with metabolic syndrome; a cross sectional study using path analysis study. *IJEM.* 2013; 15(2):121-31. [Persian]
27. 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.* 2013; 9(2):156-64. Doi: 10.1177/1742395312468012
28. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *JHPM.* 2014; 3(1):27-34. [Persian]
29. Garcia-Peña C, Thorogood M, Armstrong B, Reyes-Frausto S, Muñoz O. Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(6):1485-91 Doi: 10.1093/ije/30.6.1485
30. Ojo O, Malomo S, Sogunle P. Blood pressure (BP) control and perceived family support in patients with essential hypertension seen at a primary care clinic in Western Nigeria. *J Family Med Prim Care.* 2016; 5(3):569-75. Doi: 10.4103/2249-4863.197284

Relationship between social supports received from spouse and adherence to self-care behaviors in patients with high blood pressure in Qom

Amin Arabshahi¹Zabihullah Qarlipour²Abolfazl Mohammad Beigi³Fatemeh Sadat Izadizesh⁴Siamak Mohebbi^{4*}

1. Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
2. Department of Public Health, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
3. Neuroscience Research Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Abstract

Introduction: Since Social support received from the spouse and self-care are effective factors in controlling and preventing the complications of chronic diseases such as high blood pressure, this study was conducted to determine the relationship between social support received from spouse and adherence to self-care behaviors in patients with high blood pressure in Qom.

Methods: This cross-sectional and descriptive-analytical study was conducted on 211 patients with primary hypertension referring to urban health centers in Qom city during 2019. The participants were selected using available sampling method. Data collection tools included a demographic questionnaire, a self-care behavior follow-up questionnaire, the Sherborne and Stewart social support questionnaire, a checklist for checking and recording systolic and diastolic blood pressure, and a standard hand sphygmomanometers. Data were analyzed using SPSS version 20 software.

Results: The results showed that there was a direct and significant relationship between social support received from the spouse and the components of self-care behaviors including low-salt diet (P-Value<0.01), medication regimen (P-Value=0.008), weight management (P-Value<0.001), physical activity (P-Value=0.009), and not smoking (P-Value=0.001). There was also a significant inverse relationship between social support received from spouse and systolic blood pressure (P-Value=0.02) and diastolic blood pressure (P-Value=0.017).

Conclusion: The results of this study showed that social support received from spouse should be considered as a factor that affects the level of self-care behaviors and systolic and diastolic blood pressure in patients with high blood pressure.

Key words: Social Support, Self Care, Hypertension.

Original Article

Received: 6 Jan 2020 Accepted: 11 Mar 2020

Citation: Arabshahi A, Qarlipour Z, Mohammad Beigi A, Izadizesh FS, Mohebbi S. Investigating the solidarity of spouse's social support and adherence to self-care behaviors in patients with high blood pressure in Qom. JPM. 2020; 7(1):1-12.

Correspondence: Siamak Mohebbi. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Tel: +98 9183304297

Email: mohebisiamak@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-9407-6385