



Effect of Motivational Interviewing on Hypertension, self-care and Quality of Life of Rural Aged People: Application of Health Belief Model

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Mohamadian H.^{*1} PhD,
Bazarghani A.¹ MSc,
Latifi S.M.² PhD,
Moradgholi A.² PhD

How to cite this article

Mohamadian H, Moradgholi A, Latifi S.M, Bazarghani A. Effect of Motivational Interviewing on Hypertension, self-care and Quality of Life of Rural Aged People: Application of Health Belief Model. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6 (2):95-101.

¹"Research Centre for Social Determinants of Health" and "Health Education and Promotion Department, Health Faculty", Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

²Biostatistics & Epidemiology Department, Health Faculty, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

*Correspondence

Address: Health Education and Promotion Department, Health Faculty, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. Postal Code: 6135715751
Phone: +98 (61) 33738282
Fax: +98 (61) 33738282
hmohamadian@razi.tums.ac.ir

Article History

Received: November 4, 2018
Accepted: February 26, 2019
ePublished: June 20, 2019

ABSTRACT

Aims High blood pressure as a silent killer can endanger the health of the aged people. The purpose of this study was to assess the effect of motivational interviewing based on the health belief model on hypertension, self-care, and quality of life of rural aged people.

Materials and Methods This semi-experimental study without a control group, was carried out on 120 rural aged people over 60 years of age, who were covered by city health centers of Ramhormoz in 2017. The subjects were selected through the multistage random sampling method. The aged people participated in the motivational interviewing classes for 1 month each week, 2 sessions in 30-45 minutes. Data were collected using social support, perceived barriers, self-efficacy, self-care, and quality of life questionnaires, before and after the educational intervention. The data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test, Pearson and Filon's z test and path analysis through LISREL 8.5 and SPSS 22 software.

Findings After the educational intervention, the mean of systolic, diastolic blood pressure, and the average scores of social support, perceived barriers, self-efficacy, self-care and quality of life was improved significantly ($p < 0.001$). Also, after the educational intervention, the variance of self-care and quality of life increased from %13 and %8 to %40 and %31, respectively.

Conclusion Motivational interviewing has led to a better explanation of the health belief model in self-care and the quality of life by modifying the mental beliefs of aged people.

Keywords Motivational Interviewing; Self-Care; Hypertension; Quality of Life; Aged

CITATION LINKS

[1] The global demography of aging: facts, ... [2] An aging nation: the older population in the ... [3] Population aging in Iran and rising health care ... [4] Population aging in Iran and rising health ... [5] The evolution of the elderly population in Iran and ... [6] Health promoting behaviors and its related factors ... [7] Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among ... [8] High prevalence of hypertension in an agricultural village ... [9] Medication adherence in a sample of elderly suffering from ... [10] Systolic blood pressure: It is time to focus on ... [11] Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals ... [12] Internet-based resources for disease self-care among middle-aged and ... [13] Effect of antihypertensive agents on quality of life in the ... [14] Self-efficacy of self-care behaviors of elderly ... [15] Self-regulation behaviors of hypertension and related factors ... [16] Motivational interviewing-based health coaching as a chronic ... [17] Development and feasibility of a self-management ... [18] Motivational interviewing in corrections: A comprehensive guide to ... [19] Integrating motivational interviewing and brief behavioral activation ... [20] Effect of educational intervention based on the Health Belief Model ... [21] Development of the Chinese family support scale in a sample of ... [22] Determinants of patient's adherence to hypertension medications ... [23] The association between self-efficacy and hypertension self-care ... [24] Medication adherence measures ... [25] Health-related quality of life evaluation of elderly aged 65 years and ... [26] Resolving patient ambivalence: a five session ... [27] Introduction to linear regression ... [28] Tests for comparing elements of a ... [29] The impacts of blended educational intervention program on ... [30] Effect of lifestyle modifications on blood pressure ... [31] The effect of educational program based on BASNEF Model on ... [32] Effect of lifestyle modification in hypertensive patients ... [33] The effect of an educational intervention according to hygienic belief model ... [34] Effectiveness of motivational interviewing on depression ... [35] Effect of self-management empowering model on the quality ... [36] The use of motivational interviewing in physical therapy ... [37] Computer programs for comparing dependent ... [38] Seeking assistance in later life: how do older people ...

تاثیر مصاحبه انگیزشی بر پرفشاری خون، خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان روستایی: کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی

هاشم محمدیان * PhD

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

اسما بازرگانی MSc

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

سیدمحمد لطیفی PhD

گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

اصغر مرادقلی PhD

گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده

اهداف: پرفشاری خون به عنوان قاتل خاموش می‌تواند سلامت سالمندان را به مخاطره بیندازد. این مطالعه با هدف ارزیابی تاثیر مصاحبه انگیزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر پرفشاری خون، خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان روستایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی بدون گروه شاهد در سال ۱۳۹۶، تعداد ۱۲۰ سالمند روستایی بالای ۶۰ سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان رامهرمز به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. سالمندان طی یک ماه هر هفته ۲ جلسه به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه در کلاس‌های آموزشی مصاحبه انگیزشی شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی، قبل و ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی جمع‌آوری شدند و توسط نرم‌افزارهای آماری LISREL 8.5 و SPSS 22 با استفاده از آزمون آماری ویلکاکسون، آزمون Pearson-Fillon Z و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بعد از مداخله آموزشی، میانگین فشار خون سیستولیک-دیاستولیک و میانگین نمرات حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی به صورت معنی‌داری بهبود یافت ($P < 0.001$). همچنین میزان تبیین واریانس خودمراقبتی و کیفیت زندگی بعد از مداخله آموزشی به ترتیب از ۱۳٪ و ۸٪ به ۴۰٪ و ۳۱٪ افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: مصاحبه انگیزشی می‌تواند با اصلاح باورهای ذهنی سالمندان موجب تبیین بهتر مدل اعتقاد بهداشتی در خودمراقبتی و کیفیت زندگی شود.

کلیدواژه‌ها: مصاحبه انگیزشی، خودمراقبتی، پرفشاری خون، کیفیت زندگی، سالمندان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۷

*نویسنده مسئول: hmohamadian@razi.tums.ac.ir

مقدمه

سالخوردگی جمعیت و افزایش سهم افراد سالمند در جمعیت، یکی از مهم‌ترین تحولات اجتماعی قرن بیست و یکم است [1]. سازمان ملل متحد، سن ۶۰ سالگی را به عنوان نقطه برش سنی سالخوردگی پذیرفته است [2]. در سال ۲۰۱۰ میلادی، ۸٪ جمعیت جهان را سالمندان تشکیل می‌دادند. این در حالی است که در سال ۲۰۵۰ میلادی، این عدد به حدود ۱۶٪ کل جمعیت جهان افزایش خواهد یافت [3]. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که جمعیت سالمندان ایرانی تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵٪ برسد؛ بر این اساس در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان ایرانی از میانگین جهانی بیشتر خواهد شد [4]. یکی از مهم‌ترین شاخص‌های جمعیتی، شاخص نسبت

جنسی سالمندی است. این شاخص بیانگر توزیع جمعیت مردان سالمند نسبت به زنان سالمند است. طبق گزارش سرشماری سال ۱۳۹۵، ۴۹/۳۸٪ سالمند مرد و ۵۰/۶۲٪ سالمند زن در ایران وجود داشته است [5]. سالم پیرشدن، حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت سلامت سالمندی و ترویج رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌افزاید [6]. همچنین سرعت بالای رشد جمعیت سالمند در مقایسه با رشد جمعیت کل کشور و پیش‌بینی افزایش تعداد و سهم سالخوردگان در سال‌های آتی، لزوم برنامه‌ریزی برای کنترل مسایل مربوط به این گروه از جمعیت را مورد تاکید قرار می‌دهد. در این راستا نیاز به برنامه‌های وسیع‌تر و ضرورت پرداختن به موضوع سلامت سالمندی به عنوان اولویتی مهم بیش از پیش نمایان می‌شود. امروزه بار بیماری‌های مزمن مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدید جدی در حوزه سلامت به شمار می‌رود [7].

علاوه بر این با افزایش سن احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن نیز افزایش می‌یابد. این دوره از زندگی (سالمندی) اغلب با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن همراه است. بیماری پرفشاری خون یکی از بیماری‌هایی است که شیوع بالای آن در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی که بر ارگان‌های بدن وارد می‌کند، این بیماری را به مشکل بهداشتی در کلیه جوامع تبدیل کرده است [8]. بیش از ۸۰٪ سالمندان، دارای حداقل یک بیماری مزمن و نزدیک به نیمی از آنان مبتلا به پرفشاری خون هستند [9]. پرفشاری خون به افزایش فشار خون سیستولیک بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا دیاستولیک بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه اطلاق می‌شود [10]. این بیماری مزمن، به دلیل نداشتن نشانه‌های آشکار و قابل تشخیص به عنوان قاتل خاموش معرفی شده و یکی از مهم‌ترین عوامل خطر قابل تعدیل بیماری‌های قلبی-عروقی و عامل بسیار مهم برای افزایش میزان مرگ‌ومیر در سراسر جهان است.

هزوه‌ای و همکاران [11] در مطالعه خود بر لزوم تدوین برنامه آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی و سازه‌های موثر بر انجام رفتارهای خودمراقبتی تاکید داشتند. یافته‌های مطالعات مختلف نیز نشان می‌دهند عوامل متعددی از جمله خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و موانع درک شده بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان دچار پرفشاری خون تاثیرگذار هستند [12]. به طوری که **فوگاری و زاپی** در تحقیق خود بیان می‌دارند که افزایش رفتارهای خودمراقبتی در زمینه کنترل فشار خون اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی سالمندان خواهد داشت که عدم کنترل آن موجب افت سطح کیفیت زندگی آنان خواهد شد [13]. از طرفی، خودکارآمدی تعیین‌کننده مناسبی برای تغییر رفتارهای خودمراقبتی است. **روزبهرانی و همکاران** در بررسی ارتباط خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با انجام رفتارهای خودمراقبتی، تاکید داشتند که برای کنترل پرفشاری خون بایستی برای مقوله خودکارآمدی اهمیت ویژه‌ای قائل شد [14]. همچنین نتایج مطالعه **براتی و همکاران** موید وجود رابطه معنی‌دار بین حمایت اجتماعی با رفتارهای خودمراقبتی کنترل پرفشاری خون بود [15].

اغلب مبتلایان به بیماری‌های مزمن نیازمند اصلاحاتی ضروری در رفتار و سبک زندگی‌شان هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند. در سال‌های اخیر، مصاحبه انگیزشی به عنوان بخشی از پذیرش و تعهد به درمان‌های رفتاری، در طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن به کار گرفته شده است [16، 17]. مصاحبه انگیزشی، نوعی سبک ارتباطی مراجع‌محور و رهنمودی برای تغییر

اندازه‌گیری‌ها توسط بهروز با دستگاه سنجش فشارخون به‌طور یکنساز انجام گرفت.

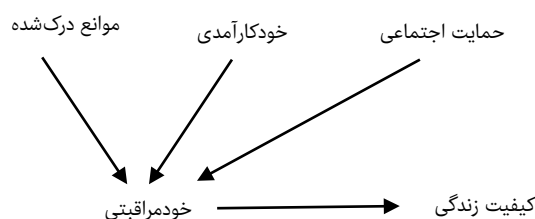
بخش دوم، سئوال‌ها مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل پرسش‌نامه حمایت اجتماعی برگرفته از مطالعه لی و همکاران^[21] با ۴ سئوال، پرسش‌نامه موانع درک‌شده برگرفته از مطالعه کامران و همکاران^[22] با ۴ سئوال، پرسش‌نامه خودکارآمدی برگرفته از مطالعه وارن-فیندلو و همکاران^[23] با ۵ سئوال، پرسش‌نامه رفتارهای خودمراقبتی کنترل فشار خون برگرفته از مطالعه لم و فرسکو^[24] با ۴ سئوال و پرسش‌نامه ۳۱ سئوالی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت لیپاد^[25] بود. نحوه نمره‌دهی تمامی سئوال‌ها این بخش به‌غیر از پرسش‌نامه لیپاد، مبتنی بر مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، معمولاً = ۳ و همیشه = ۴) بود و نمره‌دهی در ارتباط با پرسش‌نامه لیپاد براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (هرگز = ۱، گاهی = ۲، اغلب = ۳، زیاد = ۴ و خیلی زیاد = ۵) صورت گرفت. لازم به توضیح است پرسش‌نامه‌های مذکور توسط محققان ایرانی با روایی و پایایی مناسب بومی‌سازی شده‌اند.

روش کار در طول اجرای مطالعه بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشکده بهداشت و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان، هر روز به خانه بهداشت‌های فوق مراجعه و با مشارکت بهروز مستقر در خانه‌های بهداشت، سالمندانی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند را انتخاب کرده و با ارایه فرم رضایت‌نامه به افراد باسواد و بیان توضیحات شفاهی برای افراد بی‌سواد در حضور یک فرد ثالث که از اقوام درجه‌یک سالمند بود، از آنها برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی اخذ می‌نمود. با توجه به این که عمده افراد تحت مطالعه بی‌سواد و کم‌سواد بودند نحوه تکمیل پرسش‌نامه برای آنها توسط پرسشگر کارآزموده به‌صورت مصاحبه فردی بود.

مداخله آموزشی براساس منابع معتبر و نتایج حاصل از پیش‌آزمون طراحی شد. ساختار جلسات آموزشی از دستورالعمل مصاحبه مداخله انگیزشی پنج‌جلسه‌ای استخراج شد^[26]. سالمندان طی یک ماه هر هفته ۲ جلسه (در مجموع ۸ جلسه) به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه در قالب گروه‌های کوچک ۱۰ نفری در کلاس‌های آموزشی با محوریت اصلاح سبک زندگی شرکت کردند (جدول ۱). از آنجایی که مداخله آموزشی در حین اوقات فراغت سالمندان و با هماهنگی بهروزان تشکیل می‌شد، تعداد شرکت‌کنندگان در کلاس‌های آموزشی دچار افت نشد. بعد از ۲ ماه مداخله آموزشی همراه با پیگیری، افراد مجدداً پرسش‌نامه‌ها را تکمیل و تأثیر مداخله آموزشی مورد ارزیابی قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری LISREL 8.5 و SPSS 22 تجزیه و تحلیل شدند. قبل از تجزیه و تحلیل، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. از تحلیل عاملی تاییدی و آزمون تحلیل مسیر برای متناسب‌سازی و تایید برازش مدل استفاده شد. لازم به توضیح است اولین و مهم‌ترین پیش‌فرض اجرای تحلیل مسیر، عدم وجود روابط هم‌خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته است^[27]. نتایج حاصل از آزمون هم‌خطی نشان داد مقدار آماره تولرانس بیش از ۰/۲ و مقدار آماره عامل تورم واریانس کمتر از ۳ است؛ بنابراین فرض عدم هم‌خطی تایید شد. آزمون آماری ویلکاکسون برای بررسی اختلاف بین میانگین نمرات حمایت اجتماعی، موانع درک‌شده، خودکارآمدی، خودمراقبتی، کیفیت زندگی و فشار خون سیستولیک-دیاستولیک قبل و ۲ ماه پس از مداخله آموزشی مورد

رفتارهای ناسازگارانه از طریق کشف، شناسایی، حل تردیدها و دوسوگرایی است^[18]. هدف این رویکرد برخلاف روش‌های معمول درمان، کاهش یا ازبین‌بردن علائم بالینی نیست، بلکه به‌دنبال بیان تنش‌های انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز بدون مقاومت است تا افراد بتوانند مطابق با ارزش‌های خود استراتژی‌های مناسب درمانی را فراگیرند^[19]. در این راستا، مدل ارایه‌شده در مطالعه حاضر می‌تواند اطلاعات مفیدی در خصوص راهکار ایجاد محرک‌های انگیزشی (همچون خودکارآمدی) با تمرکز بر اصلاح عوامل خطر برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان با رویکرد مصاحبه انگیزشی فراهم سازد (شکل ۱). لازم به توضیح است چارچوب اصلی هدایتگر این مطالعه از مدل اعتقاد بهداشتی و بررسی متون اتخاذ شده است. بنابراین این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر مصاحبه انگیزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر پرفشاری خون، خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان روستایی انجام شد.



شکل ۱) مدل پیشنهادی ارتقای کیفیت زندگی سالمندان با تمرکز بر رفتار خودمراقبتی

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی بدون شاهد (قبل و بعد) از آبان الی اسفند ۱۳۹۶ در بین افراد بالای ۶۰ سال روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان رامهرمز انجام شد. در سال ۱۳۹۵، ۳۵۴۴ سالمند تحت پوشش ۳۲ خانه بهداشت زیر نظر ۶ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی قرار داشتند. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه *افتخار/ردبیلی* و همکاران استفاده شد^[20]. حجم نمونه با احتساب $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ ، ۱۱۱ نفر تعیین شد که با احتمال ریزش ۱۰٪، حجم نمونه نهایی ۱۲۰ نفر برآورد شد. برای انتخاب سالمندان از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین صورت که از هر ۶ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، یک خانه بهداشت به تصادف انتخاب و در خانه بهداشت انتخابی، به تصادف ۲۰ پرونده‌ای که ضوابط ورود به مطالعه را داشتند برگزیده شد. معیارهای ورود به مطالعه، مصرف داروی کنترل فشار خون، ابتلا به پرفشاری خون از نوع اولیه (داشتن فشار خون سیستولیک ۱۴۰ تا ۱۶۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۸۵ تا ۱۰۰ میلی‌متر جیوه)، عدم ابتلا به بیماری نارسایی قلب و عوارض پرفشاری خون (سکته قلبی، مغزی، ناراحتی کلیه) و معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد جمع‌آوری شدند. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت شغل، سطح تحصیلات، فشار خون سیستولیک-دیاستولیک، مدت ابتلا به فشار خون، سابقه فشار خون و مصرف داروی فشار خون بود. برای اندازه‌گیری قد و وزن از قدسنج و ترازو استفاده شد. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن (کیلوگرم) به مجذور قد (متر مربع) محاسبه شد. همچنین فشار خون افراد به‌صورت سیستولیک و دیاستولیک اندازه‌گیری و تمامی

استفاده قرار گرفت. همچنین از آزمون Pearson-Fillon Z برای تبدیل R به Z برای مقایسه ضریب همبستگی خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی استفاده شد [28].

برازندگی تطبیقی (CFI)=۱/۰۰، شاخص نیکویی برازش (GFI)=۰/۹۹ و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)=۰/۹۸ بود. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که قبل از مداخله آموزشی ۱۳٪ واریانس خودمراقبتی و ۸٪ واریانس کیفیت زندگی تبیین شد، ولی بعد از مداخله آموزشی این میزانها به ترتیب ۴۰٪ و ۳۱٪ رسید (شکل‌های ۲ و ۳).

جدول ۱) ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسه اول	محتوای آموزشی	روش‌های آموزشی	زمان
آشنایی با هدف آموزش، اهمیت سبک زندگی سالم و اصلاح موانع پیش روی مصرف منظم داروهای کنترل فشار خون و تبعیت از دستورات پزشک	سخنرانی و پرسش و پاسخ	۳۰ دقیقه	
جلسه دوم	معرفی هنجارها و فرآیند گروه، فلسفه تسهیل‌گر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تاثیر رفتار، تمرین چرخه تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان	سخنرانی و بحث گروهی	۴۵ دقیقه
جلسه سوم	بهبود نگرش سالمندان نسبت به تغذیه سالم و اهمیت آن در کنترل پرفشاری خون و اصلاح موانع پیش روی مصرف غذاهای کم چرب و کم‌نمک	سخنرانی و پرسش و پاسخ	۳۰ دقیقه
جلسه چهارم	تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تاثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی	سخنرانی و بحث گروهی	۴۵ دقیقه
جلسه پنجم	بهبود سلامت روانی با ارایه مطالبی در خصوص راه‌های کنترل استرس و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان	سخنرانی و پرسش و پاسخ	۳۰ دقیقه
جلسه ششم	تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین	سخنرانی و بحث گروهی	۴۵ دقیقه
جلسه هفتم	ارایه مطالبی در خصوص راه‌های اصلاح موانع پیش روی ارتقای خودکارآمدی و بهبود حمایت اجتماعی در مسیر کنترل پرفشاری خون	سخنرانی و پرسش و پاسخ	۳۰ دقیقه
جلسه هشتم	تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش با رفتار	سخنرانی و بحث گروهی	۴۵ دقیقه

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۷۱/۸۰±۹/۰۳ سال بود (جدول ۲).

بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش به صورت معنی‌داری بهبود یافت (جدول ۳).

ضرایب همبستگی تمام متغیرهای پژوهش به جز موانع درک شده با خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار آماری داشت (جدول ۴).

شاخص‌های برازش مدل قبل از مداخله آموزشی به صورت مجذور کای $(X^2)=۱۴/۶۰$ ، درجه آزادی (df)=۳، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)=۰/۱۸۳، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)=۰/۸۵، شاخص نیکویی برازش (GFI)=۰/۹۵ و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)=۰/۸۴ و بعد از مداخله آموزشی به صورت مجذور کای $(X^2)=۳/۲۹$ ، درجه آزادی (df)=۳، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)=۰/۰۲۹، شاخص

جدول ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت‌شناختی سالمندان (۱۲۰ نفر)

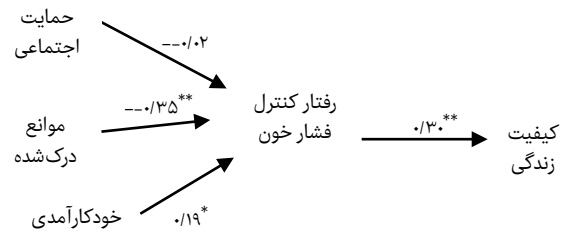
مشخصات جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد
محدوده سنی		
زیر ۷۰ سال	۶۰	۵۰/۰
بیش از ۷۱ سال	۶۰	۵۰/۰
جنس		
مرد	۵۸	۴۸/۳
زن	۶۲	۵۱/۷
وضعیت تاهل		
متاهل، بیوه و مطلقه	۱۱۷	۹۷/۵
مجرد	۳	۲/۵
وضعیت شغل		
حقوق‌بگیر دولت، بازنشسته	۱۵	۱۲/۵
کشاورزی و دامداری	۵۳	۴۴/۲
خانه‌دار	۵۲	۴۳/۳
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	۹۶	۸۰/۰
زیر دیپلم	۱۶	۱۳/۳
دیپلم به بالا	۸	۶/۷
فشارخون سیستولیک		
دارد	۴۹	۴۰/۸
ندارد	۷۱	۵۹/۲
فشارخون دیاستولیک		
دارد	۳۹	۳۲/۵
ندارد	۸۱	۶۷/۵
مدت ابتلا به فشار خون		
کمتر از یک سال	۳۴	۲۸/۳
۱-۳ سال	۳۹	۳۲/۵
۳-۵ سال	۲۳	۱۹/۲
بیش از ۵ سال	۲۴	۲۰/۰
سابقه فامیلی فشار خون		
بله	۹۳	۷۷/۵
خیر	۲۷	۲۲/۵
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)		
>۲۵	۶۷	۵۵/۸
۲۵-۲۹/۹	۲۹	۲۴/۲
≤۳۰	۲۴	۲۰/۰

جدول ۳) مقایسه میانگین آماری میزان فشار خون سیستولیک- دیاستولیک (برحسب میلی‌متر جیوه) و نمرات حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی در سالمندان روستایی

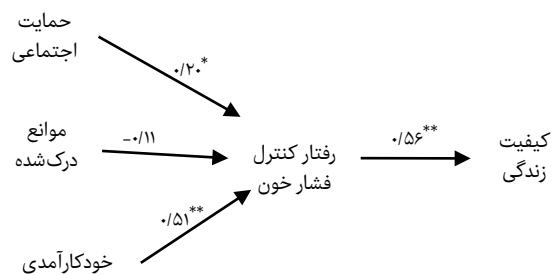
متغیرها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
فشارخون سیستولیک	۱۴۴/۳۳±۱۴/۹۲	۱۳۳/۵۸±۱۳/۷۰	۰/۰۰۱
فشارخون دیاستولیک	۸۱/۰۰±۸/۴۹	۷۸/۳۷±۶/۵۸	۰/۰۰۸
حمایت اجتماعی	۲/۶۵±۰/۴۷	۳/۵۸±۰/۸۸	۰/۰۰۱
موانع درک شده	۳/۶۶±۰/۸۴	۲/۸۵±۰/۵۰	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۲/۷۳±۰/۵۶	۳/۷۴±۰/۷۹	۰/۰۰۱
خودمراقبتی	۲/۶۹±۱/۰۰	۳/۷۸±۰/۴۳	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۶۹/۶۷±۱۴/۶۳	۷۵/۵۳±۱۱/۹۲	۰/۰۰۰۸

جدول ۴) مقایسه ضریب همبستگی رفتار خودمراقبتی با نمرات حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی در سالمندان روستایی

متغیرها	ضریب همبستگی قبل از مداخله	ضریب همبستگی بعد از مداخله	Z- score	سطح معنی داری
حمایت اجتماعی	۰/۶۲۴	۰/۴۰۱	-۲/۸۷	۰/۰۰۴
موانع درک شده	۰/۶۰۱	۰/۴۷۹	-۱/۵۹	۰/۱۱
خودکارآمدی	۰/۰۴۴	۰/۳۴۵	۳/۲۳	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۰/۲۸۳	۰/۶۴۳	۹/۱۵	۰/۰۰۱



شکل ۲) رابطه بین حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی و خودمراقبتی با کیفیت زندگی سالمندان روستایی قبل از مداخله آموزشی ($p < 0.05^*$ و $p < 0.01^{**}$)



شکل ۳) رابطه بین حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی و خودمراقبتی با کیفیت زندگی سالمندان روستایی بعد از مداخله آموزشی ($p < 0.05^*$ و $p < 0.01^{**}$)

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که با ترویج رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌توان میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در سالمندان را کاهش داد. این نتایج با یافته‌های مطالعات فرهنگی و همکاران [29]، *پراسانا* و همکاران [30]، *ایزدی‌راد* و همکاران [31]، *فرگالی* و همکاران [32] و *صادقی* و همکاران [33] مطابقت داشت. در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد دلیل انطباق و پایبندی بهتر سالمندان به کنترل فشار خون سیستولیک و دیاستولیک ناشی از تمرکز بر مصاحبه انگیزشی باشد. زمانی که سالمند انگیزش مناسبی از پیامدهای بیماری خود نداشته باشد، طبعاً احتمال کمتری دارد که از رفتارهای مروج سلامت پیروی نماید و برای کسب لذت‌ها و خواسته‌های موقت و لحظه‌ای، دستورات پزشک معالج خود را نادیده می‌گیرد. بنابراین قابل بیان است زمانی که انگیزش سالمندان پایین باشد، احتمال پایبندی به توصیه‌های بهداشتی-درمانی نیز کاهش خواهد یافت [34].

نتایج مطالعه حاضر بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان در اثر مداخله آموزشی با رویکرد مصاحبه انگیزشی گروهی دلالت دارد و نشان می‌دهد که سازه‌های مورد بررسی در مدل اعم از حمایت

اجتماعی، موانع درک شده و خودکارآمدی بر رفتار خودمراقبتی تأثیرگذار هستند و منجر به اتخاذ رفتارهای مروج سلامت می‌شوند و این رفتارها نیز به نوبه خود بر سطح کیفیت زندگی موثرند. نتایج مطالعه خضری و همکاران [35] نیز موید این بود که نمره کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون بعد از اجرای مداخله توانمندسازی خودمراقبتی در گروه آزمون افزایش قابل توجهی داشت. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی ترکیبی از اصول برگرفته شده از مدل‌های روان‌درمانی و تغییر رفتار است. یکی از اصول مهم مصاحبه انگیزشی، توانمندسازی است؛ یعنی کمک به بیمار در زمینه کشف این مطلب که چگونه می‌تواند در وضعیت سلامتی خود تغییری ایجاد کند. مصاحبه انگیزشی با تأکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل باعث افزایش امیدواری در سالمندان می‌شود. ضمناً اجرای مصاحبه انگیزشی در گروه، موجب شد تا سالمندان ضمن درک تشابهات یکدیگر، به احساس همبستگی اجتماعی و آرامش بیشتری دست یابند [36].

در پژوهش حاضر بین ضریب همبستگی رفتار خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد. در این خصوص شاید بتوان اذعان داشت که این نوع فرض کمتر در ایران صورت گرفته است. چرا که عمده مطالعات به دنبال بررسی اختلاف میانگین نمره یک سازه قبل و بعد از مداخله آموزشی هستند. در صورتی که در این مطالعه محققان علاوه بر مورد مذکور به دنبال کشف این مساله بودند که آیا مداخله آموزشی می‌تواند موجب بهبود ضریب همبستگی بین دو سازه مستقل از هم قبل و بعد از مداخله آموزشی شود یا خیر. در سال ۲۰۱۶، *کلایتون سیلور* و *میرینو-سوتو* روش‌های مختلفی را برای آزمون تفاوت بین ضریب همبستگی نمرات مطرح کردند [37]. به دلیل این که این قبیل تکنیک‌ها در نرم‌افزارهای آماری رایج و استاندارد موجود نیستند، محققان از آزمون این فرضیه‌ها صرف نظر می‌کنند. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی توانست موجب بهبود روابط بین رفتار خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی شود. به عبارت دیگر، بعد از مداخله آموزشی ضریب همبستگی بهبود معنی‌داری نسبت به قبل از آموزش نشان داد، اما در خصوص موانع درک شده اختلاف معنی‌دار آماری قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت از آنجایی که قبل از مداخله آموزشی براساس نتایج تحلیل مسیر موثرترین تبیین‌کننده خودمراقبتی، موانع درک شده بود، لذا محتوای مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده پایه‌ریزی شد. بعد از اصلاح موانع درک شده، سالمندان اتکای بیشتری بر خود و توانمندی‌هایشان داشتند [38].

برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون پیشنهاد می‌شود تا متولیان امر سلامت کشور از اصول مصاحبه انگیزشی برای اصلاح رفتار خودمراقبتی سالمندان استفاده بیشتری ببرند. در اجرای این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از جمله این مطالعه به صورت نیمه‌تجربی بدون شاهد انجام شده است. همچنین در این مطالعه، مدت زمان بررسی اثر مداخله در یک دوره ۲ ماهه پیگیری شد که نیاز است دوام اثر این مداخله در طولانی‌مدت نیز بررسی شود. لذا پیشنهاد می‌شود از دیگر مدل‌های ارتقای سلامت با رویکرد مصاحبه انگیزشی با تمرکز بر اصلاح سبک زندگی و رعایت دستورالعمل‌های مصرف صحیح داروهای کنترل

فشار خون در سالمندان در مراکز و کلینیک‌های سالمندان و در دیگر سطوح جامعه و مناطق مختلف استفاده شود.

نتیجه‌گیری

مصاحبه انگیزشی می‌تواند با اصلاح باورهای ذهنی سالمندان، موجب تبیین بهتر مدل اعتقاد بهداشتی در اصلاح رفتار خودمراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی آنان شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و تمامی سالمندانی که ما را در این طرح یاری نمودند، سپاسگزاریم.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با شماره SDH-9612 است و تحت کد اخلاق IRAJUMS.REC.1396.491 انجام پذیرفته است.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: هاشم محمدیان (نویسنده اول)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ اسما بازرگانی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه (۱۰٪)؛ سیدمحمود لطیفی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۲۰٪)؛ اصغر مرادقلی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۲۰٪)

منابع مالی: حمایت مالی این پژوهش بر عهده معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز بود.

منابع

- 1- Bloom DE, Luca DL. The global demography of aging: facts, explanations, future. In: Handbook of the economics of population aging. Piggott J, Woodland A, editors. North Holland: Elsevier Science; 2016. pp. 3-56.
- 2- Ortman JM, Velkoff VA, Hogan H. An aging nation: the older population in the United States. Prince George's County, Suitland: United States Census Bureau; 2014.
- 3- Suzman R, Beard J. Global health and aging [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2016 Oct 23]. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
- 4- Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Salmand*. 2017;12(2):156-69. [Persian]
- 5- Safarkhanlou H, Rezaei Ghahroodi Z. The evolution of the elderly population in Iran and the world. *Statistics*. 2017;5(3):8-16. [Persian]
- 6- Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. *Iran J Nurs*. 2006;19(47):35-48. [Persian]
- 7- Nihtilä EK, Martikainen PT, Koskinen SV, Reunanen AR, Noro AM, Häkkinen UT. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *Eur J Public Health*. 2008;18(1):77-84.
- 8- Manus MB, Bloomfield GS, Leonard AS, Guidera LN, Samson DR, Nunn CL. High prevalence of hypertension in an agricultural village in Madagascar. *PloS One*. 2018;13(8):e0201616.
- 9- Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(1):58-65.

10- Basile JN. Systolic blood pressure: It is time to focus on systolic hypertension—especially in older people. *Br Med J*. 2002;325(7370):917-18.

11- Hazavehei MM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R, Yazdi AH. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. *Koomesh*. 2015;17(1):37-44. [Persian]

12- Pettus AJ, Mendez-Luck CA, Bergeron CD, Ahn S, Towne SD Jr, Ory MG, et al. Internet-based resources for disease self-care among middle-aged and older women with chronic conditions. *J Womens Health*. 2017;26(3):222-33.

13- Fogari R, Zoppi A. Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drugs Aging*. 2004;21(6):377-93.

14- Roozbahani N, Khorsandi M, Fekrizadeh Z. Self-efficacy of self-care behaviors of elderly patients with hypertension. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2014;21(5):753-60. [Persian]

15- 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]

16- Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(1):166-74.

17- Benzo R, Vickers K, Ernst D, Tucker S, McEvoy C, Lorig K. Development and feasibility of a self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease delivered with motivational interviewing strategies. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013;33(2):113-23.

18- Bogue BM. Motivational interviewing in corrections: A comprehensive guide to implementing MI in corrections. Washington D.C: US Department of Justice, National Institute of Corrections; 2012.

19- Balán IC, Lejuez CW, Hoffer M, Blanco C. Integrating motivational interviewing and brief behavioral activation therapy: theoretical and practical considerations. *Cogn Behav Pract*. 2016;23(2):205-20.

20- Eftekhar Ardebili H, Fathi S, Moradi M, Mahmoudi M, Maheri A. Effect of educational intervention based on the Health Belief Model in blood pressure control in hypertensive women. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;24(119):62-71. [Persian]

21- Li G, Hu H, Dong Z, Arao T. Development of the Chinese family support scale in a sample of Chinese patients with hypertension. *PLoS One*. 2013;8(12):e85682.

22- Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(6):922-27.

23- Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health*. 2012;37(1):15-24.

24- Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *Biomed Res Int*. 2015;2015:217047.

25- Jalenques I, Auclair C, Rondepierre F, Gerbaud L, Tourtauchaux R. Health-related quality of life evaluation of elderly aged 65 years and over living at home. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015;63(3):183-90. [French]

- Greater Cairo Egypt J Hosp Med. 2013;53(1):991-1006.
- 33- Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The effect of an educational intervention according to hygienic belief model in improving care and controlling among patients with hypertension. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2014;13(4):383-94. [Persian]
- 34- Alidoust Ghahfarokhi F, Kiyan Ersi F. Effectiveness of motivational interviewing on depression and hope on dialysis patients in Hajar Hospital of Shahrekord in 2013. J Clin Psychol. 2016;8(4):85-93. [Persian]
- 35- Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of self-management empowering model on the quality of life in the elderly patients with hypertension. Salmand. 2016;10(4):68-79. [Persian]
- 36- Pignataro RM, Huddleston J. The use of motivational interviewing in physical therapy education and practice: empowering patients through effective self-management. J Phys Ther Educ. 2015;29(2):62-71.
- 37- Clayton Silver N, Merino-Soto C. Computer programs for comparing dependent correlations. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2016;10(2):72-82.
- 38- Canvin K, MacLeod CA, Windle G, Sacker A. Seeking assistance in later life: how do older people evaluate their need for assistance? Age Ageing. 2018;47(3):466-73.
- 26- Fields A. Resolving patient ambivalence: a five session motivational interviewing intervention. Vancouver: Hollifield Associates; 2006.
- 27- Montgomery DC, Peck EA, Vining GG. Introduction to linear regression analysis. Hoboken: John Wiley & Sons; 2012.
- 28- Steiger JH. Tests for comparing elements of a correlation matrix. Psychol Bull. 1980;87(2):245-51.
- 29- Farahandi H, Mohebbi B, Tol A, Sadeghi R, Nori Jalani K. The impacts of blended educational intervention program on blood pressure control and promoting HbA1c among type 2 diabetic patients with hypertension. Razi J Med Sci. 2015;22(131):88-96. [Persian]
- 30- Prasanna DG, Gopinath C, Yadavender Reddy KB, Rajasekhar DG, Chandrakanth P, Sravanakumari S. Effect of lifestyle modifications on blood pressure in hypertensive patients. Int J Pharm Sci Res, 2015;6(12):5159-63.
- 31- Izadirad H, Masoudi GR, Zareban I, Shahrakipour M, Jadgal K. The effect of educational program based on BASNEF Model on women's blood pressure with hypertension. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2013;1(2):22-31. [Persian]
- 32- Fargally M, Elsadek A, Abdelhady AS, Ghandor A. Effect of lifestyle modification in hypertensive patients in