

بررسی کارایی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به پرفشاری خون

حسین ایزدی راد^۱، غلامرضا مسعودی^۲، ایرج ضاریان^۳

۱- (نویسنده مسئول)، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران izadi111389@gmail.com

۲- مربی آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشگاه و مرکز تحقیقات و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشگاه و مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۲۶

چکیده:

مقدمه: پرفشاری خون خطری جدی برای سلامت و از علل مهم ناتوانی و مرگ است. هدف از مطالعه حاضر بررسی کارایی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به پرفشاری خون بود.

روش پژوهش: در این مطالعه نیمه تجربی، مطالعه بر روی ۱۵۸ بیمار زن مبتلا به پرفشاری خون که از مراقبت های بهداشتی خانه های بهداشت استفاده می کردند، انجام شد. روش نمونه گیری، بصورت چند مرحله ای تصادفی بود و در هر گروه تعداد ۷۹ بیمار زن بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که روایی پرسشنامه با نظر متخصصین و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $0.72/0.72$ درصد مورد تأیید قرار گرفت. برنامه آموزشی برای گروه مداخله انجام و بعد از گذشت دو ماه اطلاعات مجدداً جمع آوری گردید. بعد از مرحله پس آزمون، ۲ جلسه آموزشی جهت گروه کنترل برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تی زوجی، خی دو، رگرسیون) استفاده گردید. در این پژوهش سطح معنی داری 0.05 در نظر گرفته شده بود.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $13/13 \pm 62/05$ بود. در گروه مداخله، میانگین نمرات نگرش، نرم انتزاعی، عوامل قادرکننده و رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب $3/27$ ، $4/4$ ، $0.4/35$ ، $3/51$ ، نمره نسبت به قبل از مداخله افزایش داشت که از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0.001$). در گروه مداخله، قبل از مداخله درصد رعایت مصرف مرتب دارو و انجام فعالیت فیزیکی به ترتیب $64/6$ درصد و 43 درصد بود که بعد از مداخله به ترتیب به $83/5$ درصد و $65/8$ درصد افزایش پیدا کرد. عوامل قادرکننده 28 درصد واریانس رفتار خودمراقبتی فشار خون را توضیح دادند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که طراحی برنامه آموزشی بر اساس سازه های مدل آموزشی بزنف نسبت به آموزش های رایج، نتایج بهتری در ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بیماران داشته است.

کلیدواژه ها: مدل بزنف، خودمراقبتی، پرفشاری خون.



مقدمه و هدف

سیستولی 140 mmHg یا بالاتر و یا فشار خون دیاستولی 90 mmHg یا بالاتر و یا هر دو مورد با هم، فشار خون بالا نامیده می شود که اغلب باعث سکتة مغزی، سکتة قلبی و نارسایی کلیه می گردد (۴). به دنبال ایجاد فشار خون، کنترل فشار خون بالا از اهمیت خاصی برخوردار است تا شانس عوارض به واسطه فشار خون به

پرفشاری خون یکی از مشکلات بهداشت عمومی در جهان می باشد (۱). که ۶ تا ۲۵ درصد جمعیت بزرگسال جهان را مبتلا نموده است (۲). در ایران $26/6$ درصد افراد بالای ۱۵ سال مبتلا به پرفشاری خون هستند (۳). فشار خون



مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم گیری افراد برای انجام رفتار موثر هستند به کار می رود. در این مدل نگرش نسبت به رفتار، نرمها، فشارهای اجتماعی، و فاکتورهای قادرسازی موثر در انجام رفتار نظیر مهارت، زمان و هزینه مورد بررسی قرار می گیرند (۳ و ۱۳). تاثیر مدل بزنف در مطالعات زیادی به اثبات رسیده است (۳ و ۱۱) شرایط فرهنگی و اجتماعی در استان سیستان و بلوچستان باعث شده است تا نقش عوامل محیطی در رفتارهای فردی چشمگیر باشد. بنابراین مدل بزنف بادر نظر گرفتن عوامل محیطی (عوامل قادرکننده، تقویت کننده) که در تغییر رفتار موثرند (۱۱) در طراحی مداخله آموزشی جهت ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی پرفشاری خون در بین زنان روستایی مبتلا به پرفشاری خون که شیوع بیماری در بین آنها بالا می باشد، مورد استفاده قرار گرفت.

مواد و روشها:

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود که با هدف بررسی کارایی آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر رفتارهای خودمراقبتی زنان روستایی مبتلا به پرفشاری خون در سال ۱۳۹۱ در شهرستان زابلی انجام گرفت. با $\alpha = 5\%$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و $\beta = 2\%$ و بر اساس فرمول

$$N = \frac{S_1^2 + S_2^2}{(X_1 - X_2)^2} \times (Z_\alpha + Z_\beta)^2$$

حجم نمونه ۱۵۸ نفر (۷۹ نفر گروه مداخله و ۷۹ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد. پرفشاری خون از نوع اولیه، سن بالای ۳۰ سال، مصرف داروی ضد پرفشاری خون و رضایت افراد شرکت کننده در مطالعه، معیارهای ورود به مطالعه بودند. نمونه گیری بصورت چند مرحله ای انجام گردید. در ابتدا از بین ۴۰ خانه بهداشت شهرستان مهرستان، تعداد ۲۰ خانه بهداشت بصورت تصادفی ساده انتخاب گردید و سپس ۱۰ خانه بهداشت به عنوان گروه مداخله و ۱۰ خانه بهداشت به عنوان گروه کنترل بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر گروه تعداد ۷۹ نفر از

حداقل مقدار برسد، علی رغم این که پیشگیری و درمان پرفشاری خون مورد توجه قرار گرفته و راهکارهای مشخصی برای درمان آن ارائه گردیده (۵) اما همچنان میزان های گزارش شده برای کنترل فشار خون ناامید کننده است (۶). بطوریکه میزان موفقیت برای کنترل فشار خون در آمریکا تنها ۲۷ درصد بوده، این رقم در انگلستان، فرانسه و آلمان حتی از این هم کمتر است (۶). آمار نشان می دهد که تعداد زیادی از مبتلایان به پرفشاری خون در ایران از وجود بیماری بی خبر بوده و افرادی که بیماری آنها تشخیص داده شده، کنترل کافی و مناسب بر بیماری خود ندارند. کنترل و پیشگیری از پرفشاری خون در سطح وسیع اجتماعی، صرفاً از راه اتخاذ خط مشی های صحیح در تمام سطوح جامعه حاصل می شود و برای حصول این هدف می بایست همه اعضای جامعه شامل اعضای خانواده، نهادهای مذهبی، مدارس و بسیاری دیگر از سازمانهای اجتماعی و اشخاص صاحب نفوذ در میان مردم را در این امر مشارکت داد (۷). این بیماری مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام طول عمر است (۸) خودمراقبتی عبارت است از نگهداری از سلامت، پیشگیری و درمان بیماری بوسیله خود شخص (۹) رفتارهای خودمراقبتی شامل کنترل منظم فشار خون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشار های روحی-روانی، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو می باشد (۱۰). آموزش به شیوه سنتی به دلیل عدم توجه به عوامل موثر بر رفتار و همچنین نداشتن نظم منطقی، در تغییر و اصلاح رفتار چندان موثر نیست (۱۱). چرا که جدا از اهمیت افزایش آگاهی و نگرش و تاثیر آن در عملکرد، عواملی چون محیط قادر کننده، هنجارهای انتزاعی و اطرافیان فرد نیز بر عملکرد فرد تاثیر گذار می باشند (۱۲). یکی از مدل های مفید آموزش بهداشت که علاوه بر تاثیر آگاهی و نگرش، عواملی چون محیط قادرکننده و هنجارهای انتزاعی را نیز در بروز رفتار دخیل می داند، مدل بزنف می باشد (۳) که شامل ساختارهای رفتار، نگرش، عوامل قادر کننده و نرم های انتزاعی می باشد این

محتوایی CVI^۲ استفاده شد. برای تعیین CVR از متخصصین درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضرورتی ندارد و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند.

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

سپس پاسخ ها مطابق محاسبه شد که مقدار بدست آمده بیشتر از مقدار جدول بدست آمد. بر اساس ضریب CVI برای بررسی معیارهای سادگی، مرتبط بودن و وضوح در یک طیف ۴ قسمتی برای هر آیتم توسط متخصصین مورد بررسی قرار گرفت بطوری که CVI سئوالات دموگرافیک ۰/۸۹، سئوالات آگاهی ۰/۸۰، نگرش ۰/۸۶، رفتار ۰/۹۴، نرم انتزاعی ۰/۹۰، عوامل قادرکننده ۰/۸۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد. قضاوت متخصصان نشان داد که سئوالات آزمون تا چه حد معرف محتوا و هدف های حوزه محتوایی هستند.

برای اندازه گیری پایایی، پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون که جزء گروه مداخله و کنترل نبودند، تکمیل شد و نمره هر یک از سازه ها بر اساس آزمون آلفای کرونباخ برای سازه آگاهی ۰/۷۰۲ درصد، رفتار ۰/۷۲ درصد، نگرش ۰/۷۰، نمرهای انتزاعی ۰/۷۲۱ و عوامل قادرکننده ۰/۷۲ درصد بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۲۲ درصد مورد تأیید قرار گرفت. وضعیت انجام رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون توسط پرسشنامه جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفت. رفتارهایی مانند مصرف مرتب دارو، رعایت رژیم غذایی، فعالیت جسمی مرتب، اندازه گیری مرتب فشار خون، اجتناب از فشارهای روحی و روانی، عدم مصرف سیگار به عنوان رفتارهای خودمراقبتی مد نظر قرار گرفت.

قبل از اجرای طرح، در خصوص اهداف، شیوه انجام پژوهش، استفاده کنندگان از نتایج پژوهش و محرمانه

بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون با فشار خون سیستولی ۱۴۰mmHg یا بالاتر و یا فشار خون دیاستولی ۹۰mmHg یا بالاتر و یا افرادی که هم فشار سیستولی و هم فشار دیاستولی آنها هردو باهم برابر یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ بودند (اندازه گیری فشار خون افراد با رعایت کلیه معیارهای JNC7^۱ در اندازه گیری فشار خون، صورت گرفت. برای اندازه گیری و ثبت فشار خون از یک فشار سنج عقربه ای (که با چند فشار سنج جیوه ای جهت اطمینان از صحت و دقت مقایسه شده بود) استفاده گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ی محقق ساخته چند قسمتی مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک (۶ سوال)، سئوالات آگاهی (۳ سوال) و همچنین سئوالات مربوط به سازه های مدل بزنف شامل رفتار (۹ سوال)، نگرش (۱۰ سوال)، هنجارهای ذهنی (۲۰ سوال) و عوامل قادرکننده (۱۱ سوال) بود. حداقل و حداکثر نمرات قابل اکتساب مشارکت کنندگان در سازه آگاهی صفر و ۲۶، نگرش صفر و ۲۰، رفتار صفر و ۱۸، نمرهای ذهنی صفر و ۴۰ و عوامل قادرکننده صفر و ۲۲ بودند. برای سنجش آگاهی به پاسخ درست نمره ۲، پاسخ غلط نمره صفر و نمی دانم نمره ۱ اختصاص یافت. همچنین برای سنجش سئوالات رفتاری از پاسخهای سه سطحی به ترتیب شامل همیشه (نمره ۲)، بعضی از مواقع (نمره ۱) و هرگز (نمره صفر) و برای سنجش سایر سازه ها نیز از پاسخهای سه سطحی شامل موافقم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۱) و مخالفم (نمره صفر) تعلق گرفت.

برای روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب از روشهای اعتبار محتوا و آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. سئوالات با نظر متخصصان اصلاح شدند. برای تعیین روایی پرسشنامه به ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و متخصصین قلب ارسال شد. بر اساس نظرات متخصصین اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. روایی پرسشنامه بالاتر از ۸۰ درصد بود. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی CVR^۱ و شاخص روایی

2. content validity index

1. content validity ratio



و رگرسیون استفاده گردید. سطح معنی داری آماری نیز ($p < 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته ها:

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان ($62/05 \pm 13/13$ = میانگین) که حد فاصل ۳۴ تا ۹۳ سال بودند. آزمون مجذور خی دو نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل از نظر شغل، تأهل، سواد و سابقه وجود فشار خون در خانواده اختلاف معنی داری وجود ندارد.

بین میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل بزنف در گروه مداخله، بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش اختلاف معنی داری وجود دارد ($p = 0/001$). ولی اختلاف بین میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل بزنف در گروه کنترل، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله معنی دار نیست ($p > 0/05$). میانگین نمره نگرش بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ($p = 0/001$) در صورتیکه این تغییرات در گروه کنترل معنی دار نبود ($p = 0/135$). میانگین نمره عوامل قدرکننده در گروه مداخله و کنترل پایین می باشد (به ترتیب $14/25$ و $14/12$ از 22) که در گروه مداخله بعد از مداخله به $18/29$ افزایش یافت. میانگین نمره نرم های انتزاعی بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ($p = 0/001$) در صورتیکه این تغییرات در گروه کنترل معنی دار نبود ($p = 0/083$). همچنین میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه مداخله و کنترل پایین می باشد (به ترتیب $12/67$ و $12/58$ از 18) که در پایان مطالعه در گروه مداخله به $16/18$ افزایش و در گروه کنترل به $12/54$ کاهش یافت (جدول شماره ۱).

ماندن اطلاعات برای افراد مورد مطالعه توضیح داده شد و فرم رضایت نامه توسط شرکت کنندگان در برنامه تکمیل گردید. پس از تکمیل مرحله پیش آزمون نتایج وارد نرم افزار SPSS گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، محتوای آموزشی برای بیماران بر اساس منابع معتبر (راهنمای تیم سلامت، خدمات گروه مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت ۱۳۸۵، مبانی طب سسیل ۱۳۸۷، راهنمای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا برای بهورزان، کاردانان و پزشکان، طاهره سماوات، علیه حجت زاده ۱۳۸۱)، ساختار مدل و بر اساس نتایج حاصل از پیش آزمون تهیه گردید.

مداخله آموزشی فقط در گروه مداخله انجام گرفت. آموزش بصورت گروهی و با استفاده از روش سخنرانی (دو جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای) همراه با پرسش و پاسخ انجام شد. در جلسه اول در خصوص علائم، عوارض و اصلاح شیوه زندگی (تغذیه مناسب، ترک سیگار و قلیان، کاهش استرس، کاهش وزن، فعالیت فیزیکی...) و در جلسه دوم نیز در خصوص مصرف مرتب دارو، کنترل مرتب فشار خون و شرایط اندازه‌گیری و اهمیت آن و عوارض دارویی آموزش داده شد. با توجه به ساختارهای مدل بزنف (نرم انتزاعی و فاکتورهای قادر کننده) یک جلسه آموزشی نیز برای اعضای خانواده و بهورزان در خصوص تشویق بیماران در راستای انجام رفتارهای خود مراقبتی برای کنترل بیماری فشار خون در خانه بهداشت برگزار شد.

در این مطالعه، آموزش های رایج برای گروه کنترل (آموزش های ارائه شده توسط پزشک و بهورز که در سیستم بهداشتی درمانی بصورت روتین انجام می شود) بر طبق روال گذشته اجرا شد. پس از گذشت ۲ ماه از مداخله مجدداً پرسشنامه ها برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. بعد از اجرای مرحله پس آزمون، ۲ جلسه آموزشی جهت گروه کنترل برگزار گردید. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات مطالعه، با استفاده از نرم افزار spss16 و آزمون های تی مستقل، تی زوجی، همبستگی

رفتارهای خودمراقبتی افزایش ایجاد می شود (جدول شماره ۳).

جدول ۳- میزان تاثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

رفتار

مدل	متغیرها	ضریب تعیین	ضریب استاندارد شده	خطای معیار	ضریب استاندارد شده	t	sig
۱	نگرش	۰/۲۷۷	۰/۲۷۸	۰/۰۹	۰/۳۱۴	۳/۱	۰/۰۰۳
	عوامل قادرکننده	۰/۳۲۹	۰/۱۰	۰/۳۳۴	۰/۳۲۸	۳/۲۸	۰/۰۰۲
	نرم های انتزاعی	۰/۱۱۷	۰/۰۳۷	۰/۱۵۹	۳/۱۶	۰/۰۰۲	

بحث و نتیجه گیری:

یافته های مطالعه به طور کلی نشان می دهند که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر ارتقای رفتارهای خود مراقبتی بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون مؤثر می باشد. میانگین نمره آگاهی گروه مداخله نسبت به کنترل بعد از مداخله آموزشی افزایش چشمگیری داشت که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی جهت افزایش آگاهی بیماران است. این یافته ها با مطالعه افزایش آگاهی دانش آموزان بر اساس مدل بزنف در رابطه با مهارتهای اجتماعی پس از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله (۱۴)، مطالعه هزاوهیی (۱۵) و همچنین مطالعه تقدیسی (۱۱) همخوانی دارد.

افزایش معنی دار میانگین نمرات نگرش در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله آموزشی حاکی از اثر بخش بودن مداخله بر اساس مدل بزنف بر حیطه نگرش بیماران نسبت به انجام رفتارهای خودمراقبتی پرفشاری خون است. یافته های این مطالعه با مطالعه باقیانی مقدم در زمینه افزایش نمره نگرش در خصوص رفتارهای خودپایشی بیماران فشارخونی بر اساس مدل بزنف (۳) و مطالعه تقدیسی در خصوص ارزیابی کارایی مدل بزنف بر ارتقاء سلامت بیماران سرطانی همخوانی دارد (۱۶).

جدول ۱- میانگین نمرات آگاهی وسازه های مدل بزنف قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p-value
آگاهی	مورد	۲۰/۲۰ ± ۳/۰۱	۲۵/۴ ± ۰/۸۴	۰/۰۰۱ P <
	شاهد	۱۹/۸۲ ± ۳/۸۶	۱۹/۷۵ ± ۳/۶	p = ۰/۶۵۲
نگرش	مورد	۱۶/۳۱ ± ۱/۹۹	۱۹/۵۸ ± ۰/۷۶	۰/۰۰۱ P <
	شاهد	۱۵/۷۲ ± ۲/۳۶	۱۵/۶۴ ± ۲/۴۳	p = ۰/۱۳۵۷
نرم انتزاعی	مورد	۲۴/۱۶ ± ۷/۸	۲۸/۵۱ ± ۶/۲۵	۰/۰۰۱ P <
	شاهد	۲۳/۴۸ ± ۷/۱۱	۲۳/۵۵ ± ۷/۰۶	p = ۰/۰۸۳
عوامل قادرکننده	مورد	۱۴/۲۵ ± ۳/۲۷	۱۸/۲۹ ± ۱/۹۶	۰/۰۰۱ P <
	شاهد	۱۴/۱۲ ± ۲/۲۲	۱۴/۲۴ ± ۲/۴۵	p = ۰/۴۹۷
رفتارهای خودمراقبتی	مورد	۱۲/۶۷ ± ۲/۵۷	۱۶/۱۸ ± ۱/۴۱	۰/۰۰۱ P <
	شاهد	۱۲/۵۸ ± ۲/۴۴	۱۲/۵۴ ± ۲/۴۴	p = ۰/۱۸۱

در گروه مداخله قبل از مداخله در خصوص رفتارهای خودمراقبتی، درصد رعایت مصرف مرتب دارو، انجام فعالیت فیزیکی و گرفتن مرتب فشار خون به ترتیب ۶۴/۶ درصد، ۴۳ درصد و ۵۰/۶ درصد بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۸۳/۵ درصد، ۶۵/۸ درصد و ۸۲/۳ درصد افزایش پیدا کرد.

همچنین قبل از آموزش در گروه مداخله، درصد مصرف غذای کم نمک، غذای کم چرب و انجام فعالیت های آرامش بخش به ترتیب ۴۳، ۴۱/۸ و ۱۵/۲ درصد بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۸۲/۳ درصد، ۸۲/۳ درصد و ۷۰/۹ درصد افزایش یافت.

با توجه به معنی دار بودن مدل رگرسیون ($p = ۰/۰۰۱$) این مدل قادر است بر اساس متغیرهای مستقل نگرش، فاکتورهای قادرکننده و نرم انتزاعی تغییرات متغیر وابسته رفتارهای خودمراقبتی را پیش بینی کند. این مقدار بر اساس ضریب تعدیل شده برابر ۰/۲۴۸ می باشد. (جدول شماره ۲).

جدول ۲- قابلیت تبیین رفتار توسط مدل بزنف

مدل	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی تعیین	ضریب همبستگی تعدیل شده	F	p-value
۱	۰/۵۲۷	۰/۲۷۷	۰/۲۴۸	۹/۵۹	۰/۰۰۱ P <

عوامل قادر کننده در میان متغیرهای مستقل تاثیر بیشتری بر متغیر وابسته رفتارهای خودمراقبتی داشت. این مقدار برابر ۰/۳۳۴ می باشد که به ازای یک واحد افزایش در متغیر مستقل عوامل قادرکننده به میزان ۰/۳۳۴ واحد در متغیر



مطالعه باقیانی مقدم (۳)، هزاوهئی (۱۵) که نشان داد بعد از مداخله، در گروه مورد میانگین نمره رفتارهایی مانند پیاده روی، ورزش، مصرف منظم دارو و استفاده از رژیم غذایی مناسب افزایش معنی داری یافت همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعه محبی (۲۴) نتایج مطالعه مارا تقویت می کند. البته در مطالعات باقیانی مقدم (۷) و مجید براتی (۲۵) سطح رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به پرفشاری خون پایین ارزیابی شده بود که علت آن به عوامل ساختاری، نقش، پایگاه اجتماعی و فرصت کمتر برای انجام رفتارهای خودمراقبتی ربط داده شده بود ولی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در صورت ارائه یک برنامه آموزشی موثر و مبتنی بر مدل می توان سطح رفتارهای خودمراقبتی زنان را افزایش داد. در گروه مداخله قبل از مداخله در خصوص رفتارهای خودمراقبتی، درصد رعایت مصرف مرتب دارو، انجام فعالیت فیزیکی و گرفتن مرتب فشار خون به ترتیب ۶۴/۶ درصد، ۴۳ درصد و ۵۰/۶ درصد بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۸۳/۵ درصد، ۶۵/۸ درصد و ۸۲/۳ درصد افزایش پیدا کرد.

همچنین قبل از مداخله در گروه مورد، درصد مصرف غذای کم نمک، غذای کم چرب و انجام فعالیت های آرامش بخش به ترتیب ۴۳، ۴۱/۸ و ۱۵/۲ درصد بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۸۲/۳ درصد، ۸۲/۳ درصد و ۷۰/۹ درصد افزایش یافت.

بر اساس مطالعه warren (۵۸/۶ درصد از شرکت کنندگان فشار خونی از دستورات دارویی پیروی می کردند و درصد انجام فعالیت فیزیکی و مصرف غذای کم نمک به ترتیب ۵۲/۲۶ و ۲۲ درصد بود (۲۶). مطالعه فخرزاده نیز نشان داد که بالغ بر ۴۵ درصد از بیماران مبتلا به فشار خون بالا رژیم غذایی را رعایت نمی کنند (۲۷).

با توجه به معنی دار بودن مدل رگرسیون ($p = ۰/۰۰۱$) این مدل قادر است بر اساس متغیرهای مستقل نگرش، فاکتورهای قادرکننده و نرم انتزاعی تغییرات متغیر وابسته رفتارهای خودمراقبتی را پیش بینی کند. این مقدار بر اساس ضریب تعدیل شده برابر ۰/۲۴۸ می باشد

میانگین نمره نرم های انتزاعی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری نداشت، درحالی که میانگین نمره های نرم انتزاعی در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش پیدا کرد که نشان دهنده توجه بیشتر خانواده و بهورزان نسبت به بیماران پرفشاری خون و نیز تاثیر آموزش و درگیر نمودن این افراد بود. نتایج مطالعه با مطالعات Daniel (۱۷) و chobanian (۱۸) که تأکید بر درگیری اعضای خانواده و حمایت اجتماعی در کنترل فشار خون دارد، همخوانی دارد. مطالعه موریسکی (۱۹) که در خصوص مشارکت دادن اعضای خانواده در برنامه درمانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود، تأثیر مثبت و موثر خانواده در کنترل پرفشاری خون را نشان داد. نتایج مطالعه پنه آ (۲۰) و نیز مطالعه جعفری که نشان داد مشاوره با خانواده بر میزان فشار خون زنان مبتلا به پرفشاری خون موثر است. (۲۱) نتایج مطالعه مارا تأیید می کنند.

در گروه مداخله بر خلاف گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره عوامل قادرکننده افزایش یافت. لازم به ذکر است عوامل قادر کننده شامل مواردی مانند در اختیار قرار دادن اطلاعات کافی در خصوص نحوه تهیه غذاهای سالم، رعایت شرایط قبل از اندازه گیری فشار خون و جلب حمایت خانواده در تهیه دارو و غذا جهت بیماران و همکاری بهورزان جهت گرفتن فشار خون و آموزش می باشد. به نظر می رسد سازه عوامل قادر کننده نقش مهمی در تغییر نگرش، آگاهی و رفتار افراد دارد (۲۲) که این یافته با سایر مطالعات (۳ و ۲۳) همخوانی دارد.

قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری در خصوص میانگین نمرات رفتار مشاهده نشد. میانگین نمره های رفتار بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش پیدا کرد. با توجه به بالا بودن میانگین نمره آگاهی، نگرش، عوامل قادر کننده و نرم انتزاعی در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی، رفتارهای خودمراقبتی نیز افزایش داشت، که یافته های حاصل با

کارایی بیشتری برخوردار می باشند. همچنین این نتایج بار دیگر بر ماهیت چند وجهی ارتقای سلامت تاکید کرد و نشان داد که ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی که نیازمند تبعیت دائمی افراد از رژیمهای دارویی، غذایی و کنترل رفتار فردی است باید علاوه بر خود بیمار، پرسنل بهداشتی، خانواده و افرادی که مرجع رفتاری برای او هستند را نیز در مداخلات بهداشتی سهیم نمایند. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی مبتنی بر مدل بزنف به عنوان یک روش و الگوی موثر در زمینه ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی در سیستم بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی عزیزانی که در انجام این طرح یاری نمودند، اعلام می دارند.

در مطالعه باقیانی مقدم مدل بزنف قادر بود با ۲۳ درصد قصد رفتار و با ۵۸ درصد رفتار خودپایشی را تبیین کند (۳). عوامل قادر کننده با تاثیر ۰/۳۳۴ در بین ساختارهای مدل بزنف به عنوان قویترین پیش بینی کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مشخص گردید. این یافته با نتایج مطالعه باقیانی مقدم (۳) که سازه فاکتورهای قادر کننده با اثر ۰/۳۹۳ به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده رفتارهای خودپایشی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تعیین شد، همخوانی دارد. Laveist در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عوامل قادرکننده در واقع می توانند بسیار مهم تر از اختلافات فرهنگی و رفتاری برای انجام یک رفتار باشند (۲۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تدوین و اجرای برنامه های آموزشی تئوری محور که بر مبنای عوامل محیطی انتخاب شده باشند نسبت به اجرای برنامه های آموزشی رایج که تنها آگاهی، نگرش و رفتار بیماران را آن هم بدون در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر رفتار فردی هدف قرار داده باشند از

References:

- Yadav G, Chaturvedi S, Grover VL. prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in a resettlement colony of delhi. *Indian heart Journal* 2008;60(4):313-7.
- Hojatzadeh A, Nouri H. cultural plan to train health workers learn about teaching methods in patients with hypertension. *I thed*, Tehran: world health organization publishing center:1998;22-32.
- Baghiani moghadam M.H, Rahae Z, Morovati sharifabad M. A, Sharifirad GH, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self- monitoring of blood pressure based on BASNAF model in hypertensive patients. *Journal of research in medical sciences* 2010;15(2):70-77.
- 4-Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension? Poor compliance is only part of the story. *Journal clinical hypertens* 2001; 3(3):179-182.
- 5-Dabghmanesh MH, Mostafavi H, Zare N. Blood pressure levels, risk factor and hypertension control status in adult. *Journal of Hormozghan University of medical sciences(Persian)*2007; 11(1):41-49.
- 6- Baghiyani mogaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi mahmoodabad SS, Fallazadeh H. factors in relation with self- regulation of hypertension, based on model of good directed behavior in yazd city. *Journal of Birjand university of medical sciences(Persian)*2007;15(3):78-87.
- 7- Betta Cv. A health message: when it comes to hypertension .we need your help. *Journal of the national medical Association* 2004; 96(8):1105-1106.
- 8- Gillibrand R, Stemson J. the extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *birjand Journal health psycho*2006;11(29): 55-96.
- 9- Public attitudes to self-care baseline survey. *department of health*; 2005-



Available at:
<http://www.dh.gov.uk/assetroot/04/11/12>.
 Accessed at: 4/11/2012.

10- Apel LJ, Brands M.W, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension .A scientific statement from the American heart association .pubmed2006;47:296-308.

11- Taghdisi M. H, Madadzadeh N, ShadziSh, Hassanzadeh A. Effects of education interventions on the coke workers immune performances on BASNEF model basis at Isfahan melting factory. Journal of Ilam medical university sciences(Persian)2005;16(3).

12- Hubley J. Understanding behavior : the key to successful health education. Trop doct1988;18(3):134-138.

13- Hubley J. 2nded oxford: Macmillan education ltd: 1993: communicating health .An action guide to health education and health promotion .180-200.

14- Kargar M .the comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic model on improving assertion skill level .Isfahan: school of health ,Isfahan university of medical sciences(Persian) 2006.

15- Hazavehei M. M, Khani Jyhouni A, Hasanzadeh A, Rashidi M. the effect of education program based on BASNEF model on diabetic (type II)eyes care in kazemis clinic, Journal of endocrinology and metabolism (persian)2008;10:145-154.

16- Taghdisi MH, Abdi N, Shahsavari S, Khazaeipool M. performance assessment of BAZNEF model in health promotion of patients with cancer. Iran Journal of nursing(Persian)2011;24(69):52-61.

17- Daniels PR, Kardia SL, Hanis CL. familial aggregation of hypertension treatment and control in the genetic epidemiology network of arteriopathy (GENOA) study. The American Journal of medicine 2004; 116(10): 676-81.

18- chobanian AV, Bakris GL, Black HR ,Cushman Wc, Green LA, Izzo JL, et al .seventh report of the joint national committee on prevention, detection,

evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003;42(6):1206-52.

19- Morisky DE, Lees NB, Sharif BA, Liu Ky, Ward HJ. Reducing disparities in hypertension control: A community-based hypertension control project (CHIP) for an ethnically diverse population. Health promot part 2002; 3(2):264-75.

20-Garcia – Pena C, thoro good M, Armstrong B, Reyes-frausto s, Munoz 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.

21- Jafari N, Anoosheh M, Fazlollah A, Nemdian M. the effect of family counseling on blood pressure in women with hypertension .Journal of zanzan university of medical sciences & health services(Persian) 2005;47:44-59.

22-Shojaeizadeh D.Behavioral study model in health education .tehran: communication and health education main office2001.

23-Asadei Z.the effect of PE curriculum development based on BAZNEF model on medical fimale students regular physical activities .Isfahan : school of health , Isfahan university of medical sciences(Persian)2007.

24- Mohebi S, Shahsiah M, Matlabi M, Kargar M. the study of factors influencing smoking among male university students in Kermanshah .knowledge & health (Persian)2010;5(2,3):5-11.

25-Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-Regulation Behaviors of Hypertension and Related Factors Among Hypertensive Patients. Journal of Fasa University of Medical Sciences 2011;1(3): 116-122.

26-Warren –Find low J, Sevmour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. Journal of national medical of Assoc 2011;103(6):503-512.

27-Fakhrzadeh H, Larijani B, Bandarian F, Adibi H, Samavat T, Malekafzal H, et al. the relationship between ischemic heart



disease and coronary risk factors in population aged over 25 in Qazvin: A population-based study. Journal of Qazvin university of medical sciences (Persian)2005;9(2):26-34.

28-Laveist TA, Keith VM, Gutierrez ML. Black/white differences in prenatal care titilization: an assessment of predisposing and enabling factors. HSR. health service research.1995;30(1):43-58

Archive of SID



Evaluation of efficacy of education program based on BASNEF model on Self-care behaviors of women with hypertension

Hossein Izadirad¹, GHolam Reza Masoudi², Iraj Zareban²

1-(**Corresponding Author**), MSc in Health Education Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan Iran
izadi111389@gmail.com

2-Faculty of member of school of health and health promotion research center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran izadi111389@gmail.com

3- Ph.D. and Faculty of member of school of health and health promotion research center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan Iran,

Received: 2013/11/17

Accepted: 2014/4/13

Abstract:

Background: Hypertension is a serious threat to health and a major cause of disability and death. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of educational programs based on BASNEF model on Self-care behaviors of women with hypertension.

Methods: The present study was a Quasi-experimental study that carried out on 158 female patients with hypertension who used primary health centers was conducted. The Sampling method was multistage sampling. Each group of 79 female patients were randomly selected. Data collection tool was a questionnaire that its validity and reliability confirmed by experts and Cronbach's alpha coefficient 72/2%. Educational intervention for intervention group was performed and after 2 months the data was collected. After the post test, 2 training sessions held in the control group. Analysis was used to test the descriptive (mean, SD) and analytical (paired t-test, chi square, and regression). In this study, the significance level considered was %5.

Results: The mean age of participants was $62/05 \pm 13/13$. In the intervention group, the mean score of attitude, subjective norms, enabling factors and Self-care behavior 3/27, 4/35, 4/04, 3/51 respectively compared to before intervention scores increased and the difference was significant ($P=0/001$). The intervention group, before the intervention, the percentage of drug compliance and regular physical activity %64/6 and 43%, respectively. After the intervention respectively % 83/5 and % 65/8 increased. Enabling factors explained 28% of the variance in Self-care behaviors hypertension.

Conclusion: The results of this study showed that the design of the training program, based on BASNEF model structures, the better results in promoting on Self-care behaviors. After the post test, 2 training session held in the control group.

Keywords: BASNEF model, self-care, hypertension.

