

The Effect of Planned Education on Self-Efficacy of Patients with Hypertension: A Randomised Clinical Trial Study

Akbar Rahnama¹, Morteza Shamsizadeh², Mohsen Salavati^{3*}, Younes Mohammadi⁴, Nahid Saheb Ekhtiari⁵

1. Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Assistant Professor, Department of Epidemiology, Modeling of Noncommunicable Disease Research Center, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. Educational Supervisor, Imam Hossein Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2017/07/30
Accepted: 2017/09/17
Published Online 2017/10/22

DOI: 10.30699/sjhmfmf.26.2.91

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Hypertension is one of the most common, chronic and recurrent diseases that is considered to be an important treatment. Hence, teaching to a patient with hypertension it's too important. The purpose of this study was to evaluate the effect of planned training on the self-efficacy of patients with hypertension.

Methods: This clinical trial was performed on 140 hypertension patients referred to the cardiology clinic of Farshchian Hospital in Hamadan. Patients were selected by random sampling and randomly assigned to two groups of intervention and control. Patients' education was held in the form of 3 training sessions. Which were held every week. After 4 weeks and 8 weeks after the end of the intervention, both groups took a post-test. Data was analyzed by SPSS16.

Results: Both groups were homogeneous for demographic variables and statistically there was no significant difference between the two groups. Also, there was no significant difference between the self-efficacy scores of both groups before entering the study ($P > 0.05$). However, there was a significant difference between the self-efficacy score of the intervention and control group before the intervention (4 weeks and 8 weeks after intervention) ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it seems that as a low cost and effective method education can increase hypertensive patients' self-efficacy.

Keywords: Planned Education, Hypertension, Self-Efficacy

Corresponding Information

Mohsen Salavati, Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
E-mail: salavati@umsha.ac.ir

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Rahnama A, Shamsizadeh M, Salavati M, Mohammadi Y, Saheb Ekhtiari N. The Effect of Planned Education on Self-Efficacy of Patients with Hypertension: A Randomised Clinical Trial Study. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (2): 91-102

تأثیر آموزش برنامه‌ریزی شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

اکبر رهنما^۱، مرتضی شمس‌زاده^۲، محسن صلواتی^{۳*}، یونس محمدی^۴، ناهید صاحب اختیاری^۵

۱. مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مربی، گروه پرستاری داخلی - جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. استادیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام حسین ملایر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۵/۱۸	مقدمه: پرفشاری خون یکی از بیماری‌های شایع، مزمن و عودکننده است و در سراسر دنیا از نظر درمانی پراهمیت محسوب می‌شود. از این رو آموزش به بیمار پرفشاری خون، بسیار مهم است که هدف از این مطالعه تأثیر آموزش برنامه‌ریزی شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون است.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۶	روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر ۱۴۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب و عروق بیمارستان فرشچیان همدان انجام شد. بیماران به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. آموزش بیماران در قالب ۳ جلسه آموزشی، به صورت هر هفته پشت سر هم برگزار شد. ۴ هفته و ۸ هفته بعد از اتمام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۷/۳۰	یافته‌ها: هر دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند و تفاوت آماری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین نمره خودکارآمدی هر دو گروه قبل از ورود به مطالعه، تفاوت آماری با هم نداشتند ($P > 0.05$). اما بین نمره خودکارآمدی دو گروه قبل از مداخله، با ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله، تفاوت آماری مشاهده شد ($P < 0.01$).
نویسنده مسئول: محسن صلواتی	نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد آموزش به بیماران پرفشاری خون می‌تواند به عنوان یک روش کم‌هزینه و مؤثر باعث افزایش خودکارآمدی شود.
مربی، گروه پرستاری داخلی - جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران	کلمات کلیدی: آموزش برنامه‌ریزی شده، بیماری پرفشاری خون، خودکارآمدی
پست الکترونیک: salavati@umsha.ac.ir	

مقدمه

پرفشاری خون، بیماری شایع، مزمن، عودکننده [۱] و یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بروز آترواسکلروزیس، نارسایی قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی در بسیاری از کشورها است [۲]. پرفشاری خون دومین عامل خطر است که بیشترین بار بیماری به آن منتسب می‌شود. هایپرتانسیون اغلب بدون علامت است و بسیاری از مردم از ابتلا به آن بی‌اطلاعند [۳]. میزان شیوع هایپرتانسیون از ۶ تا ۲۵ درصد در جمعیت بزرگ‌سال تخمین زده می‌شود [۴]. حدود ۷۳ میلیون نفر از جمعیت بزرگ‌سال ایالات متحده آمریکا به این بیماری مبتلا هستند [۵، ۶].

براساس مطالعات صورت‌گرفته، تقریباً ۲۵ تا ۳۵ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال جهان مبتلا به فشارخون بالا هستند و با افزایش سن جمعیت، میزان ابتلا به این عارضه بیشتر خواهد شد [۷]. براساس مطالعه‌ای که در ایران در سال ۱۳۸۹ انجام شد، ۲۶/۶ درصد از افراد بالای ۲۵ سال مبتلا به

پرفشاری خون هستند [۸].

میزان کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به این بیماری مزمن در سرتاسر جهان بسیار پایین است [۹]. با این حال، بیماری پرفشاری خون در عین حال قابل پیشگیری است [۱۰]. هدف از کنترل پرفشاری خون، پیشگیری از عوارضی مثل بیماری‌های قلبی - عروقی، کلیوی، عروق مغزی و غیره است که با دستیابی و حفظ فشارخون شریانی در سطح ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و حتی کمتر می‌تواند موجب کاهش چشمگیری در میزان مرگ‌ومیر شود [۱۱].

آموزش به بیمار مبتلا به پرفشاری خون و خانواده وی، یک بخش مهم از درمان است؛ به نحوی که در اکثر بیماران، بدون آموزش مناسب، دستیابی به اهداف درمانی میسر نخواهد بود [۱۲]. انجمن قلب آمریکا، آموزش سبک زندگی سالم را جزء اساسی در پیشگیری از این بیماری بیان کرده است [۱۳]. برنامه‌ریزی صحیح برای انجام رفتارهای

اجرای تغییرات در شیوه زندگی خود داشته باشد، می‌تواند بیماری مزمن خود را کنترل کند و در نتیجه احتمال موفقیت وی بیشتر خواهد بود [۲۹]. خودکارآمدی پیش‌نیازی مهم در فرآیند تغییر رفتار و ارتقای خودکارآمدی است و این مهم با تکرار در عملکرد، ساده کردن و تقسیم کردن یک کار به مراحل کوچک می‌تواند فرد را خودکفا کند و درنهایت به خودکارآمدی کامل منجر شود. در مطالعه Alimohammadi و همکاران (۱۳۸۵) که با هدف تأثیر پیگیری بر میزان کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهرستان اردبیل انجام شد، تبعیت مبتلایان از رژیم درمانی با آموزش به روش چهره‌به‌چهره با استفاده از پرسش‌نامه سنجیده شد [۳۰]. همچنین در مطالعه Barati و همکاران (۱۳۸۹) که با هدف بررسی عوامل مرتبط بر انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون بین مبتلایان به پرفشاری خون در شهرستان بهار انجام شد، رفتارهای خودتنظیمی فشارخون با استفاده از پرسش‌نامه سنجیده شد و آموزشی به بیماران داده نشد [۳۱]. با توجه به تجربه پژوهشگر با سابقه کار در بخش‌های CCU و اورژانس و برخورد مستقیم با بیماران پرفشاری خون و درک این نکته که آموزش در بیماران پرفشاری خون می‌تواند در افزایش خودکارآمدی بیماران و کنترل فشارخون آنها مؤثر باشد و از آنجا که مطالعات درخصوص تأثیر مداخله آموزشی به روش گروهی و برنامه‌ریزی‌شده در چند جلسه بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون کمتر در کشور ما انجام شده است، محقق بر آن شد تا مطالعه‌ای در راستای تأثیر آموزش به روش برنامه‌ریزی شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام دهد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است. جامعه آماری آن شامل بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب و عروق بیمارستان فوق تخصصی قلب و عروق فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۶ بود. تعداد نمونه براساس مطالعه مشابه Wu و همکاران (۲۰۱۲) [۳۲] و برای تعیین اختلاف نمرات خودکارآمدی بین گروه مداخله و گروه کنترل در فواصل زمانی قبل، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله از نمره میانگین ۵۱/۳۷ و انحراف معیار ۱۸/۹۲ و با در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ و استفاده از فرمول اندازه نمونه نهایی برابر با ۷۰ نمونه در هر گروه تعیین شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_0^2 + \sigma_1^2)}{(\mu_0 - \mu_1)^2}$$

افراد تحت مطالعه با توجه به شرایط ورود به مطالعه، ابتدا طبق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی با استفاده از روش بلوک‌های جایگشتی در دو گروه مداخله (۷۰ نفر) و گروه کنترل (۷۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، ابتلا به پرفشاری خون (به‌صورت فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر و یا دیاستول ۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر که قبلاً از سوی پزشک تأیید شده بود)، حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۶۹ سال، دریافت نکردن هرگونه برنامه رسمی آموزشی کنترل

کنترل‌کننده پرفشاری خون از قبیل کنترل منظم فشارخون، کنترل رژیم غذایی از راه کاهش مصرف نمک، محدودیت کالری برای جلوگیری از چاقی، کم کردن مصرف کلسترول و چربی‌های اشباع‌شده، از بین بردن استرس‌های روحی و محیطی، انجام ورزش‌های منظم و کنترل دوره‌های فشارخون، می‌تواند تا حدود زیادی از عوارض و ابتلای آن در جامعه جلوگیری کند [۱۴].

در همین راستا داده‌های حاصل از آنالیزهای پیشرفته آماری با بهره‌گیری از ۸۷ بررسی قبلی، نشان‌دهنده این است که آموزش به بیمار و جلب مشارکت بیمار سبب کنترل و کاهش فشارخون سیستولی ۵ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولی به میزان ۴/۳ میلی‌متر جیوه شده است و همچنین در کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آن بسیار مؤثر بوده است [۱۵-۱۷]. همچنین آموزش، عنصر کلیدی فعال کردن بیمار و جلب اعتماد وی است و از طرفی اجرای چنین برنامه‌ای یکی از وظایف مهم پرستاران است که باید به بیماران کمک کنند تا به حداکثر توانمندی برسند [۱۸].

خودکارآمدی توان‌سازنده‌ای است که از طریق آن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به‌گونه‌ای اثربخش سازماندهی می‌شود [۱۹]. خودکارآمدی، اعتماد شخص در توانایی انجام دادن رفتارهای خاص در موقعیت‌های خاص است و در روند درمان بیماری‌های مزمن از جمله پرفشاری خون، بالا بردن خودکارآمدی اهمیت زیادی دارد [۲۰]. امروزه نقش خودکارآمدی در شروع و تداوم رفتارهای بهداشتی در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی [۲۱، ۲۲، ۲۳]، آسم [۲۴] و COPD [۲۵] از سوی بسیاری از محققان گزارش شده است.

در مطالعه‌ای که توسط میرزایی و همکاران (۱۳۹۱) انجام شد، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بین آموزش رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامتی در بیماران فشارخون و میزان درک خودکارآمدی رابطه معناداری وجود دارد [۲۶]. همچنین در مطالعه دیگر که از سوی Hu و همکاران (۲۰۱۵) در چین انجام شده است، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به پرفشاری خون ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. در این مطالعه هرچه خودکارآمدی بیماران میانگین بالاتری داشت، نمره اضطراب و افسردگی کمتری داشتند. لذا خودکارآمدی بالا به بهبود اختلالات خلقی هم در این بیماران کمک شایانی می‌کند [۲۷].

به‌طور کلی کار کردن روی افزایش توانایی بیماران و قدرت بخشیدن به آنها، در پیگیری و به‌کار بردن برنامه آموزشی از طریق ارتقای خودکارآمدی حائز اهمیت است و با تقویت اعتماد فرد در زمینه افزایش کنترل فردی بر اوضاع، می‌توان خودکارآمدی وی را افزایش داد و همچنین می‌توان گفت که کنترل فرد بر اوضاع نتیجه مجموع تجربیات خودکارآمدانه وی است [۲۸]. خودکارآمدی، برای کنترل بیماری‌های مزمن، قابل‌اجرا است. چون اگر شخصی، خودکارآمدی بالایی برای

بیماران به‌منظور ویزیت ماهیانه، بیماران گروه مداخله به دو گروه ۲۵ نفری و یک گروه ۲۰ نفری تقسیم شدند. بیماران گروه مداخله طی ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای که فاصله هر جلسه با هم یک هفته بود، تحت آموزش از سوی پژوهشگر قرار گرفتند.

اولین جلسه مداخله آموزشی با محتوای آموزشی به این شکل برگزار شد که نخست مقدمه‌ای در خصوص تعریف بیماری، نحوه تشخیص آن، بی‌علامت بودن بیماری و ظهور علائمی از قبیل: سردرد، تاری دید، درد قفسه‌سینه، وزوز گوش، تنگی نفس و... پس از تأثیر پرفشاری خون بر اندام‌های حیاتی، بیان شد. سپس اهمیت بیماری و لزوم اندازه‌گیری منظم فشارخون به روش بحث گروهی یادآوری شد. همچنین لزوم غربالگری در بستگان فرد بیمار نیز گوشزد شد. سپس با استفاده از پاورپوینت، عوامل خطر بیماری از قبیل: سن، ارث، وزن بالا، کم‌تحرکی، تغذیه ناصحیح و ... توضیح داده شد. عوارض دارویی و روش‌های کنترل آن نیز گوشزد شدند. همچنین تأکید شد به‌منظور کاهش عوارض، لازم است دستورات پزشک و پرسنل بهداشتی جدی گرفته شده و ضمن انجام مراقبت‌های روتین، دارو مطابق دستور مربوطه مصرف شود.

در جلسه دوم تأکید بر تقویت رفتارهای صحیح و تغییر در رفتارهای غیربهداشتی ملاک کار قرار گرفت که شامل: یادآوری اهمیت تحرک در بیماران و نقش آن در کنترل وزن و بیماری، نوع فعالیت بدنی مناسب برای سنین مختلف در بیماران پرفشاری خون و پرهیز از انجام فعالیت‌های سنگین بود. سپس تغذیه صحیح، غذاهای مفید و مناسب برای این بیماران و غذاهایی که می‌بایست از آن پرهیز شود یا کمتر استفاده شود، آموزش داده شد. کاهش مصرف نمک، چربی، شیرینی‌جات، نوشابه، کله‌پاچه، گوشت قرمز، امعاواحشا یادآوری شد و بر استفاده از میوه‌جات و سبزیجات، نان و غلات در حد متعادل، حبوبات، شیر کم‌چرب و لبنیات کم‌نمک تأکید شد. سپس به‌منظور اجتناب از دخانیات، آموزش‌های مؤکدی داده شد. همچنین تأکید شد که در صورت بروز هرگونه علامت غیرطبیعی، به پرسنل بهداشتی مراجعه شود.

در جلسه سوم استفاده از روش‌های کاهش استرس و کنترل عواطف شامل کنترل عصبانیت، ترس و ناامیدی و... آموزش داده شد و سپس ادامه جلسه به مرور مطالب آموزش داده‌شده و پرسش و پاسخ اختصاص یافت. همچنین از افراد خواسته شد تا مطالب کتابچه آموزشی توزیع‌شده در کلاس و آموزش‌های داده‌شده را به خانواده نیز منتقل کنند. کلیه مباحث آموزشی از سوی اینجانب، مجری طرح، ارائه شد.

در پایان آموزش کتابچه‌های آموزشی در اختیار بیماران گروه مداخله قرار گرفت. ۴ هفته و ۸ هفته از آخرین جلسه بار دیگر برای بیماران هر دو گروه پرسش‌نامه تکمیل شد. بیماران گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. همچنین برای ملاحظات اخلاقی، در انتهای مطالعه، کتابچه آموزشی تدوین‌شده در این پژوهش در اختیار بیماران گروه کنترل قرار گرفت.

فشارخون در یک‌سال گذشته، داشتن حداقل سواد ابتدایی و توانایی درک مکالمه به زبان فارسی و توانایی حضور در کلاس‌های آموزشی، نبودن در مرحله شدید و حاد بیماری (اورژانس پرفشاری خون) و مبتلا نبودن به بیماری زمینه‌ای سخت و در مرحله شدید (از قبیل سرطان متاستاتیک، نارسایی کلیه) و دیابت و هیپرتیروئیدسم کنترل‌نشده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: خروج بیمار به هر دلیل شامل فوت، انتقال و یا انصراف از همکاری، حضور نداشتن در جلسات آموزشی (حداقل ۲ جلسه باید حضور داشته باشد)، تغییر پروتکل درمانی از سوی پزشک در طول برنامه، درمان فشارخون با رژیم‌های خاص (مثلاً درمان‌های صرفاً غیردارویی)، ابتلای هم‌زمان به چند بیماری (دیابت، کلیوی و سرطان) و ابتلا به بیماری‌های روانی طبق تشخیص پزشک و مستندات بیمار بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری بود. در مطالعه حاضر، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه مشخصات بیماری با مطالعه کتب و منابع معتبر علمی تهیه شد. برای بررسی روایی این پرسش‌نامه‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین منظور این پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان قرار داده شد و پس از اعمال نظرات و پیشنهادات و با تأیید استادان محترم راهنما و مشاور، ابزار گردآوری داده‌ها معتبر شد. همچنین پرسش‌نامه سنجش میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون که از سوی Zakerimoghadam و همکاران (۱۳۹۱) به‌صورت محقق‌ساخته با اقتباس از پرسش‌نامه خودکارآمدی در بیماران مزمن و پرسش‌نامه خودکارآمدی بیماران قلبی تدوین شده بود، در این مطالعه استفاده شد. در این پرسش‌نامه از بیماران سؤال می‌شود که چقدر اطمینان دارند بتوانند عمل یا کار خاصی را در ارتباط با بیماری خود انجام بدهند. تعداد ۲۹ سؤال در این پرسش‌نامه در نظر گرفته شده که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم امتیاز ۱ و خیلی زیاد امتیاز ۵) نمره‌گذاری شد. بنابراین مجموع نمرات بین ۲۹ تا ۱۴۵ است که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده خودکارآمدی بهتر بود. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه (۰/۹۲) محاسبه شده است و از روایی و پایایی کافی برخوردار است [۳۳].

در مطالعه حاضر، اعتبار محتوای پرسش‌نامه خودکارآمدی مبتلایان به پرفشاری خون با نظر جمعی از استادان هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان تعیین شد. همچنین پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ درصد، تأیید شد.

پس از کسب معرفی‌نامه کتبی و اخذ مجوز لازم از مسئولین ذیربط و تبیین اهداف پژوهش برای واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی از بیماران برای شرکت در پژوهش و اطمینان کافی به بیماران درباره گمنام بودن و حفظ اسرار و رعایت حریم آنان، ابتدا پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیماری از سوی بیماران تکمیل شد و سپس قبل از مداخله، پرسش‌نامه خودکارآمدی از سوی بیماران هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. براساس تاریخ مراجعه

Bonferoni برای تفاوت میانگین نمرات بین گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات مربوط به بیماری (جدول شماره ۱) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از مجموع ۱۴۰ شرکت‌کننده، اکثریت بیماران زن (۵۶/۴ درصد)، خانه‌دار (۵۲/۲ درصد) و متأهل (۸۰ درصد) بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه (۴۰/۷ درصد) بی‌سواد، درآمد در حد متوسط (۴۵ درصد) و بیمه درمانی داشتند (۹۵ درصد). سایر اطلاعات در جدول شماره ۱ به‌طور کامل آمده است.

اطلاعات پس از گردآوری از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ ارزیابی شد و آنالیز نهایی روی ۱۴۰ بیمار در زمان‌های مدنظر انجام شد. برای همسانی دو گروه در قبل از مداخله، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف دو نمونه‌ای (Two-Sample Kolmogorov-Sminov) انجام شد و توزیع داده‌ها نرمال بود ($\text{sig} = 0.255$). به‌منظور توصیف فراوانی داده‌ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده‌ها از آزمون تی مستقل، آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای فرضیه متفاوت بودن میانگین نمرات خودکارآمدی در دو گروه از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (Repeated measures analysis of variance) استفاده شد و از آزمون

جدول شماره ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافیک افراد مبتلا به هیپرتانسیون به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
سن	میانگین و انحراف معیار	۵۷/۸۹ ± ۱۰/۰۵	۵۹/۳۰ ± ۸/۴۰	$***P = 0.368$ $t = -0.90$
	مرد	(۴۰)۲۸	(۴۷/۱)۳۳	
جنس	زن	(۶۰)۴۲	(۵۲/۹)۳۷	$**P = 0.496$
	مجرد	(۰)۰	(۰)۰	
	متأهل	(۷۵/۷)۵۳	(۸۴/۳)۵۹	$**P = 0.291$
تأهل	همسر فوت‌شده و متارکه	(۲۴/۳)۱۷	(۱۵/۷)۱۱	
	بی‌سواد	(۳۸/۶)۲۷	(۴۲/۹)۳۰	
	ابتدایی	(۳۰)۲۱	(۲۷/۱)۱۹	
	کمتر از دیپلم	(۱۷/۱)۱۲	(۱۴/۳)۱۰	$*P = 0.967$ $df = 4$
	دیپلم	(۱۰)۷	(۱۰)۷	
	لیسانس و بالاتر	(۴/۳)۳	(۵/۷)۴	
	خانه‌دار	(۵۵/۸)۳۹	(۴۸/۷)۳۴	
شغل	آزاد	(۱۱/۴)۸	(۲۱/۵)۱۵	
	کارمند	(۵/۷)۴	(۵/۷)۴	$*P = 0.337$ $df = 6$
	بازنشسته	(۱۵/۷)۱۱	(۱۲/۹)۹	
	کارگر	(۰)۰	(۴/۲)۳	
	بیکار	(۱۱/۴)۸	(۷)۵	
رضایت از درآمد	خوب	(۲۱/۴)۱۵	(۱۸/۶)۱۳	
	متوسط	(۴۴/۳)۳۱	(۴۵/۷)۳۲	$*P = 0.950$ $df = 2$
	ضعیف	(۳۴/۳)۲۴	(۳۵/۷)۲۵	
	بلی	(۹۷/۱)۶۸	(۹۲/۹)۶۵	$**P = 0.441$
استفاده از بیمه	خیر	(۲/۹)۲	(۷/۱)۵	
	بلی	(۳۱/۴)۲۲	(۲۱/۴)۱۵	$*P = 0.250$ $df = 2$
بیمه تکمیلی	خیر	(۶۸/۶)۴۸	(۷۸/۶)۵۵	
	درجه ۱ (۱۴۰-۱۵۹)	(۴۰)۲۸	(۴۷/۱)۳۳	
	درجه ۲ (۱۶۰-۱۷۹)	(۴۲/۹)۳۰	(۴۲/۹)۳۰	$*P = 0.410$ $df = 42$
فشارخون سیستول	درجه ۳ (>۱۸۰)	(۱۷/۱)۱۲	(۱۰)۷	$***P = 0.549$ $t = 0.60$
	میانگین و انحراف معیار	۱۶۶/۲۶ ± ۱۵/۷۴	۱۶۴/۶۹ ± ۱۵/۲۱	
	درجه ۱ (۹۰-۹۹)	(۵۰)۳۵	(۵۲/۸)۳۷	
	درجه ۲ (۱۰۰-۱۰۹)	(۴۱/۴)۲۹	(۴۰)۲۸	$*P = 0.785$ $df = 21$
فشارخون دیاستول	درجه ۳ (>۱۱۰)	(۸/۶)۶	(۷/۲)۵	$***P = 0.292$ $t = 1.06$
	میانگین و انحراف معیار	۹۸/۹۰ ± ۵/۸۹	۹۷/۸۷ ± ۵/۶۰	

نتیجه آزمون	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه	متغیر
$***P=0/560$ $t=0/59$	۲۷/۵۳ ± ۳/۶۷	۲۷/۱۳ ± ۴/۵۰	میانگین و انحراف معیار	BMI
$**P=0/275$	(۸/۶)۶	(۲/۹)۲	بلی	استفاده از مواد مخدر
	(۹/۱/۴)۶۴	(۹۷/۱)۶۸	خیر	
$**P=0/823$	(۱۸/۶)۱۳	(۱۵/۷)۱۱	بلی	استعمال دخانیات
	(۸/۱/۴)۵۷	(۸۴/۳)۵۹	خیر	
$*P=0/590$ $df=3$	(۳۱/۵)۲۲	(۴۰)۲۸	کمتر از ۲ سال	طول مدت بیماری
	(۲۷/۱)۱۹	(۲۰)۱۴	۲ تا ۵ سال	
	(۱۴/۳)۱۰	(۱۷/۱)۱۲	بیشتر از ۱۰ سال	
$**P=0/395$	(۴۰)۲۸	(۴۸/۶)۳۴	دارد	داشتن اطلاعات درباره بیماری
	(۶۰)۴۲	(۵۱/۴)۳۶	ندارد	
$**P=0/852$	(۷۲/۹)۵۱	(۷۰)۴۹	دارد	سابقه بستری در بیمارستان
	(۲۷/۱)۱۹	(۳۰)۲۱	ندارد	
$**P=0/272$	(۶۴/۳)۴۵	(۷۴/۳)۵۲	دارد	سابقه خانوادگی هیپر تانسین
	(۳۵/۷)۲۵	(۲۵/۷)۱۸	ندارد	
$*P=0/935$ $df=2$	(۵۱/۴)۳۶	(۴۸/۶)۳۴	دارم	ابتلا به چربی خون بالا
	(۴۱/۴)۲۹	(۴۲/۹)۳۰	ندارم	
	(۷/۲)۵	(۸/۵)۶	نمی‌دانم	
$*P=0/688$ $df=2$	(۳۱/۴)۲۲	(۲۸/۶)۲۰	دارم	ابتلا به دیابت
	(۶۱/۴)۴۳	(۶۷/۱)۴۷	ندارم	
	(۷/۲)۵	(۴/۳)۳	نمی‌دانم	
$**P=0/726$	(۳۴/۳)۲۴	(۳۸/۶)۲۷	دارد	توانایی بیماران در اندازه‌گیری فشارخون
	(۶۵/۷)۴۶	(۶۱/۴)۴۳	ندارد	

* آزمون کای دو ** آزمون فیشر *** آزمون تی مستقل

کنترل در راستای کاهش نمرات خودکارآمدی بوده است ($P<0/001$) (جدول شماره ۲). برای متغیر خودکارآمدی هم اثر گذر زمان ($P<0/001$)، هم اثر بین‌گروهی ($P<0/001$) و هم اثر متقابل زمان و گروه ($P<0/001$) معنی‌دار شد (جدول شماره ۳).

نتیجه آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر با لحاظ کردن آزمون بونفرونی نشان داد که بین میانگین نمرات خودکارآمدی بیماران گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله با ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت که این اختلاف آماری در گروه

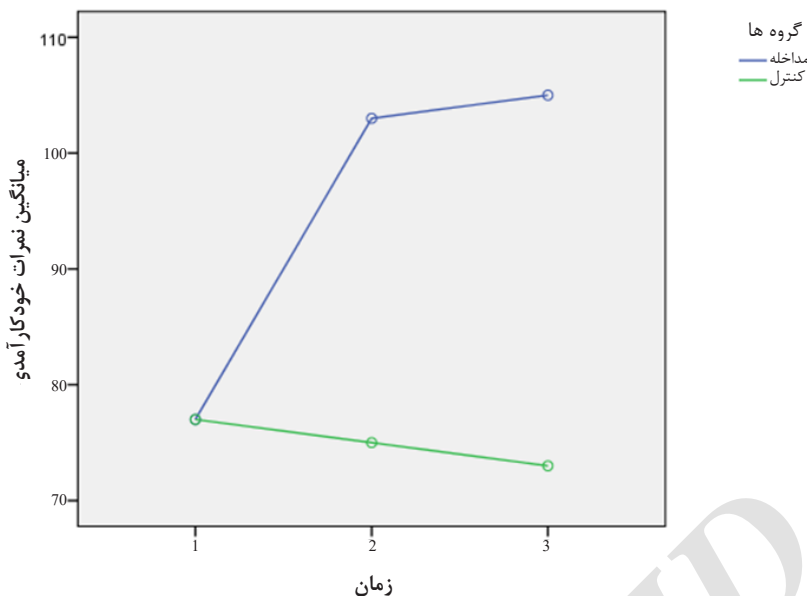
جدول شماره ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف

سطح معنی‌داری	نمره خودکارآمدی			گروه‌ها
	۸ هفته بعد از مداخله	۴ هفته بعد از مداخله	قبل از مداخله	
$(<0/001)*$	۱۰۵/۲۳	۱۰۲/۸۷	۷۷/۲۳	میانگین
	۸/۷۵۰	۹/۰۷۷	۱۴/۹۷۵	انحراف معیار
$(<0/001)*$	۷۳/۶۳	۷۵/۳۰	۷۷/۸۷	میانگین
	۱۷/۷۵۰	۱۷/۸۹۹	۱۸/۵۴۹	انحراف معیار

* آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر

جدول شماره ۳. مقدار آماره F و P- اثر زمان، اثر گروه، اثر متقابل زمان و گروه برای نمرات خودکارآمدی در آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

آزمون	مقدار آماره	مقدار P-value
اثر زمان	۲۸۹/۸	$(<0/001)$
اثر گروه	۶۵/۱	$(<0/001)$
اثر متقابل زمان و گروه	۴۸۲/۲	$(<0/001)$



شکل ۱. نمودار میانگین نمرات خودکارآمدی بیماران دو گروه مداخله و کنترل در ۳ زمان قبل از مداخله (۱)، ۴ هفته بعد از مداخله (۲) و ۸ هفته بعد از مداخله (۳)

بودند [۳۵]. این مطالعه هم‌سو با مطالعات گذشته [۳۶]، [۳۷] و مطالعه حاضر بود که نشان داد آموزش، در افزایش خودکارآمدی بیماران گروه مداخله نقش دارد.

در مطالعه‌ای که از سوی Omidی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی ریه مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر همدان، مشخص شد در گروه مداخله، بین قبل و بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله، تفاوت معنی‌داری در راستای افزایش نمره کل خودکارآمدی مشاهده شد ($P < 0.05$) که این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) [۳۸]. براساس یافته‌های مطالعه حاضر ۸ هفته بعد از مداخله، نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته به طوری که اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی بین دو گروه در ۸ هفته بعد از آموزش معنی‌دار بود. این نتایج هم‌سو با مطالعه Savadkoo و همکاران (۲۰۱۲) است که نشان داد اجرای برنامه آموزشی خودتدبیری در افزایش نمره خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۸ هفته بعد از آموزش در گروه مداخله در مقایسه با قبل از آموزش افزایش معنی‌داری داشته است [۳۳].

در مطالعه‌ای که از سوی Silvana و همکاران (۲۰۰۶) با عنوان تأثیر آموزش بر کنترل فشارخون بیماران سالخورده انجام شد، مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی انجام شد و سن بیماران بیشتر از ۶۵ سال بود و آموزش به دو صورت انجام گرفت و در انتهای تحقیق تفاوت دو روش آموزش با هم بررسی شد [۳۹]. روش اول به صورت آموزش بیماران به صورت تقویت‌شده (Patient empowerment) (PEM) انجام شد و روش دوم به صورت روش روتین و پایه انجام گرفت

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ریزی‌شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون انجام شده است. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش برنامه‌ریزی‌شده در ۳ جلسه در بیماران گروه مداخله سبب افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله شد؛ در حالی که در گروه کنترل که آموزش معمول در درمانگاه را دریافت کرده بودند، سبب کاهش میانگین نمرات خودکارآمدی ۴ هفته و ۸ هفته بعد شد.

در این باره، Baljani و همکاران (۱۳۸۹) مطالعه‌ای تحت‌عنوان تأثیر آموزش در ارتقای خودکارآمدی بیماران قلبی عروقی، انجام دادند که نتایج نشان داد مداخلات ارتقای خودکارآمدی بر امتیازات خودکارآمدی بیماران تأثیر مثبت داشته است. میزان خودکارآمدی بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله به طور معنی‌داری تغییر و افزایش یافت و این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ به طوری که در پژوهش حاضر نیز بین میانگین نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله، با ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله در گروه مداخله، افزایش معنی‌داری مشاهده شد [۳۴].

در مطالعه‌ای که از سوی Huanhuan و همکاران (۲۰۱۳) به صورت مقطعی بر ۲۶۲ بیمار مبتلا به پرفشاری خون انجام شد، پرسش‌نامه‌ها به صورت آزمون test-retest در اختیار بیماران قرار گرفت که مشخص شد بیمارانی که اطمینان داشتند فاکتورهایی از جمله بهبود سبک زندگی، فعالیت فیزیکی مناسب و کاهش استرس در کنترل بیماری آنها نقش دارد از خودکارآمدی بالاتری نسبت به بیماران دیگر برخوردار

یافته‌های این مطالعه با پژوهش حاضر، می‌تواند در رابطه با متفاوت بودن نوع بیماری و بالاتر بودن میانگین سنی بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه باشد.

در مطالعه Kargar و همکاران (۱۳۹۰) که به‌منظور بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از پوکی استخوان بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به سندروم نفروتیک در شهر شیراز انجام شد، میانگین نمره خودکارآمدی بعد از یک ماه در بیماران گروه مداخله کاهش یافت. این امر می‌تواند نشان‌دهنده کاهش پایداری خودکارآمدی باشد و این مسئله را مشخص می‌کند که برای افزایش پایداری خودکارآمدی لازم است که مطالب به‌طور مکرر تکرار شود که لزوم آموزش، برنامه‌ریزی و پیگیری مداوم از سوی مربیان بهداشت را ضروری می‌سازد [۴۴].

در مطالعه دیگری که از سوی Mich و همکاران (۲۰۰۳) تحت‌عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب انجام گرفت، نتایج نشان داد که رفتارهای مراقبت از خود به تدریج یک ماه، دو ماه و سه ماه بعد از اجرای مداخله آموزشی در گروه کنترل بهتر شده بود؛ به طوری که سه ماه پس از اجرای آموزش بیماران گروه کنترل نسبت به بیماران گروه مداخله کیفیت زندگی بهتری داشتند [۴۵]. به نظر می‌رسد هدف مهم در امر آموزش، ایجاد رفتارهای بهداشتی، درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزش بالایی دارد [۴۶].

در مطالعه‌ای که از سوی Warren و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان بررسی ارتباط بین خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران روی ۱۹۰ بیمار پرفشاری خون با نژاد آفریقایی - آمریکایی در منطقه شارلوت متروپولیتن آمریکا انجام شد، در حدود ۵۹٪ از بیماران خودکارآمدی بالایی در رابطه با مصرف منظم داروها، رژیم غذایی کم‌نمک، فعالیت فیزیکی مناسب، استعمال نکردن سیگار و روش‌های کنترل وزن را داشتند که نشان می‌دهد آموزش فعالیت‌های خودمراقبتی تأثیر بسیار زیادی در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارد [۴۷]. این تحقیق هم‌سو با مطالعه حاضر بود که نشان داد آموزش برنامه‌ریزی‌شده در افزایش خودکارآمدی بیماران گروه مداخله مؤثر بوده است و رابطه معنی‌داری بین آموزش و افزایش خودکارآمدی وجود دارد.

در مطالعه حاضر مشاهده شد میان افزایش نمره خودکارآمدی بعد از آموزش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل که آموزش روتین در درمانگاه قلب و عروق را دریافت کرده بودند، با نتایج حاصل از مطالعه Sakar و همکاران (۲۰۰۶) در خصوص رابطه میان رفتارهای خودمدیریتی در دیابت و خودکارآمدی، همبستگی معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۴۸].

در مطالعه Kasikci (۲۰۰۷) که روی خودکارآمدی بیماران COPD صورت پذیرفت [۴۹]، همبستگی مستقیم و معنی‌داری میان درک خودکارآمدی کلی و خودکارآمدی رفتارهای مشاهده‌شده وجود داشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

(compliance-based model) (CEM) و مشخص شد که در گروه PEM، کاهش فشارخون سیستول ۸ میلی‌متر جیوه بود، در حالی که در گروه CEM کاهش فشارخون سیستول در حد ۳ میلی‌متر جیوه بود. نتیجه این شد که آموزش به روش تقویت‌شده به نسبت آموزش به‌صورت روتین و پایه تأثیر بسیار مؤثرتری در کنترل فشارخون دارد و با نتایج تحقیق حاضر که نمره خودکارآمدی بیماران گروه مداخله، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از آموزش افزایش داشت، همخوانی دارد.

در مطالعه‌ای که از سوی Magfired و همکاران (۲۰۰۴) با عنوان تأثیر آموزش بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر ارزوروم ترکیه انجام شد، بیماران به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند که در هر گروه ۳۰ بیمار حضور داشتند. نتایج تحقیق نشان داد که یک ماه بعد از آموزش، افزایش نمره خودکارآمدی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنی‌دار بوده و آموزش سبب افزایش خودکارآمدی در بیماران گروه مداخله شده است. این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ به طوری که در پژوهش حاضر نیز میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله ۴ هفته بعد از مداخله در مقایسه با قبل، افزایش معنی‌داری داشته است [۴۰].

با این وجود نتایج تعدادی از مطالعات، برخلاف مطالعه حاضر بوده و سطح خودکارآمدی نمونه‌های بررسی‌شده را ضعیف ارزیابی کرده‌اند [۴۱-۴۳]. نتایج مطالعه Lemmens و همکاران (۲۰۱۰) به‌منظور تأثیر برنامه خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD)، مراجعه‌کننده به کلینیک گلدرس والی هلند انجام شد. بین نمره خودکارآمدی بیماران قبل و ۱۲ ماه بعد از انجام مداخله اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد [۴۱]. در توجیه نتایج متفاوت پژوهش حاضر با مطالعه ذکرشده می‌توان به مدت‌زمان پس‌آزمون گرفته‌شده اشاره کرد که در این مطالعه بیش از ۲ ماه بوده و ممکن است منجر به فراموشی آموزش‌ها شده باشد؛ در حالی که در مطالعه حاضر پس‌آزمون ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله گرفته شده است.

نتایج مطالعه Molloy و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف تعیین ارتباط بین تیپ شخصیتی D با سطح خودکارآمدی و میزان تبعیت دارویی مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونر صورت گرفته بود [۴۲] نشان داد که سطح خودکارآمدی و میزان تبعیت دارویی بیمارانی که تیپ شخصیتی D داشتند، در سطح پایینی قرار دارد که علت پایین بودن سطح خودکارآمدی بیماران تحت‌مطالعه در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در رابطه با متفاوت بودن نمونه‌های تحت مطالعه و ابزار سنجش خودکارآمدی باشد.

نتایج مطالعه Bagheri saveh و همکاران (۱۳۹۲) که با هدف بررسی همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی صورت گرفته بود، مشخص کرد که بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه سطح خودکارآمدی ضعیف تا متوسط داشته‌اند [۴۳]. علت تفاوت

روزمره و دریافت اطلاعات بیماران مبتلا به پرفشاری خون از منابع اطلاعاتی دیگر در حین مطالعه بود. از نقاط قوت مطالعه اجرای آموزش به روش برنامه‌ریزی شده در ۳ جلسه بود.

نتیجه‌گیری

در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش برنامه‌ریزی‌شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و با توجه به مبانی نظری می‌توان گفت آموزش نقش مؤثری در ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارد که در این مطالعه آموزش، سبب ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون شد. بر این اساس آموزش ابزار ارزشمندی برای پرستاران در مراکز درمانی است و ارزیابی خودکارآمدی بیماران از سوی پرستاران و ارتقای آن می‌تواند سبب افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود شود.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان با شماره ۹۶۰۲۱۹۱۱۰۶ در تاریخ ۹۶/۰۲/۱۹ است. همچنین در کمیته اخلاق در پژوهش در تاریخ ۹۵/۱۱/۱۰ با شماره ۱۳۹۵،۴۸۱ IR.UMSHA.REC و همچنین ثبت IRCT با کد IRCT۲۰۱۷۰۱۳۰۳۲۳۰۳N۱ در سایت کارآزمایی بالینی ایران تأیید شد. نویسندگان مقاله از همکاری مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی همدان و پرسنل محترم درمانگاه قلب و عروق بیمارستان فرشچیان همدان و تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند، صمیمانه کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض در منافع

در این مطالعه نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

اگر فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود با روش‌های آموزشی فعال و با شناخت نگرش‌ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان و راحتی برای مددجو اجرا شود، می‌تواند در راستای ارتقای رفتارهای مطلوب بهداشتی نقش مؤثری را ایفا کند. از طرفی دیگر بیان مطالب به صورت قابل‌فهم و براساس نیازهای فردی و با استفاده از آموزش همراه با پرسش و پاسخ کوتاه می‌تواند در دستیابی به نتایج بهتر مفید واقع شود و از همه مهم‌تر در تداوم رفتارهای بهداشتی مؤثر باشد. براساس مطالعه Gardetto (۲۰۱۱) مراقبت صحیح از خود تا اندازه زیادی، عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و همین امر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های زندگی می‌شود. با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد که آموزش با تمرکز مراقبت از خود این امکان را فراهم می‌کند که بیماران بهترین وضعیت را با کمترین عوارض روی زندگی‌شان برای خود بسازند و آگاهی از توانایی‌های موجود منجر به امید بیشتر به آینده، افزایش اعتماد به نفس و منزوی شدن می‌شود [۵۰].

همچنین مطالعات دیگر نشان داده‌اند که آموزش باعث افزایش خودکارآمدی، بهبود فعالیت عملکردی و کاهش تعداد دفعات مراجعه دوباره بیماران به بیمارستان [۵۱]، افزایش اطمینان بیماران دیابتی درباره بیماری و کنترل قندخون [۵۲] و کاهش استرس می‌شود [۵۳]. در مطالعه صورت‌گرفته از سوی Stellefson و همکاران (۲۰۱۲) نتایج نشان داد که اکثر مطالعات (۸۷/۵٪) اثر برنامه آموزشی را بر خودکارآمدی بیماران معنی‌دار و مؤثر نشان داده‌اند که نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند [۵۴].

در مطالعه حاضر محدودیت‌های پژوهش شامل تأثیر عوامل روزمره (مثل استرس) بر فشارخون نمونه‌های پژوهش‌شده، امکان افت یا ریزش نمونه‌های پژوهش به دلیل مراجعه نکردن، تفاوت افراد در نحوه سازگاری با مسائل

References

- Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*. 2009;52(1):209-16. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.09.017> PMID:18929608
- Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaeifard A. To determine the relative factors on Hypertension in Kohrang, Chaharmahal & Bakhtiari province. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008;4(2):19-25. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-141-en.html>
- lakman e. Textbook of Medical-Surgical Nursing diseases: . Yyzhh; . 2005.
- Hojatzadeh A, Nouri H. Cultural plan to train health workers learn about teaching methods in patients with hypertension. Tehran: World Health Organization Publishing Center; 1998. p.22-32.
- Mohammadi M A, Dadkhah B, Sazavar H, Mozaffari N. The Effect of Follow up on Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2006;6(2):156-62. <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-447-en.html>
- Woods SL SE, Underhill M, Bridges EJ. *Cardiac nursing* Printed in china. Philadelphia: Lippincott and Wilkins; . 2010.
- Dabidi VR, Fallah M. Concomitant effect of aerobic training and barigeh turmeric supplement on cardiac protective system changes during nitro-L arginine methyl ester-induced hypertension in rats. *Sport Physiol*. 2012;4(15):121-34. <http://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=292130>
- Baghianimoghadam MH, Rahae Z, Morowa-

- tisharifabad MA, Sharifirad G, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNAF model in hypertensive patients. *J Res Med Sci*. 2010;15(2):70-7. PMID:[21526062](#) PMCID:P-MC3082790
9. Navidian A AM, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension. *Kowsar Med J*. 2010;15(2):115-21. [pdfarchive.ir/pack-16/Do_55513890210.pdf](#)
 10. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Int Med*. 2006;144(7):96-485. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00007> PMID:[16585662](#)
 11. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;144(7):485-95. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00007> PMID:[16585662](#)
 12. Javadi H. Evaluation of awareness, treatment and drug consumption in hypertensives. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2000;3(4):59-64.
 13. Abdollahy AA, Bazrafshan HR, Salehi A, Behnampour N, Hosayni SA, Rahmany H, et al. Epidemiology of hypertension among urban population in Golestan province in north of Iran. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007;8(4):37-41. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-87-en.html>
 14. Goodarzi M, Badakhsh M, Masinaei Nejad N, Abbas Zadeh M. Hypertension Prevalence in Over 18-Year-Old Population of Zabol. *Razi J Med Sci*. 2004;11(43):821-7. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-79-en.html>
 15. Chodosh J MS, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med*. 2005;143(6):427-38. PMID:[16172441](#)
 16. Barati M, Darabi D, Moghim Beigi A, Afsar A. Investigate the factors associated with self-regulatory behaviors on blood pressure in patients with hypertension city Bahar in the 2010. *J Fasa Univ Med Sci*. 2011;1:60-5.
 17. Azizi F. Epidemiology of common diseases in Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 1992:53-61.
 18. Yates T, Davies M, Gorely T, Bull F, Khunti K. Effectiveness of a pragmatic education programme aimed at promoting walking activity in individuals with impaired glucose tolerance: a randomized controlled trial. *Diabetes care*. 2009;32(8):1404-10. <https://doi.org/10.2337/dc09-0130> PMID:[19602539](#) PMCID:P-MC2713638
 19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
 20. Freund T GJ, Goetz K, Szecsenyi J, Mahler C. Evaluating self-efficacy for managing chronic disease: psychometric properties of the six-item Self-Efficacy Scale in Germany. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(1):39-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01764.x> PMID:[21883720](#)
 21. Baljani E, Salimi S, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, Sharifnejad A, Poyan S. The effect of education on promoting self efficacy in patients with cardiovascular disease. *J Kerman-shah Univ Med Sci*. 2012;16(3):227-35.
 22. Law GU, Walsh J, Queralt V, Nouwen A. Adolescent and parent diabetes distress in type 1 diabetes: The role of self-efficacy, perceived consequences, family responsibility and adolescent-parent discrepancies. *J Psychosom Res*. 2013;74(4):334-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.009> PMID:[23497836](#)
 23. Cinar AB, Schou L. The role of self-efficacy in health coaching and health education for patients with type 2 diabetes. *Int Dent J*. 2014;64(3):155-63. <https://doi.org/10.1111/idj.12093> PMID:[24571189](#)
 24. Mohajjel Aghdam A, Hasankhani H, Gharemo-hammadlu R, Esmaeily M. Relation of patients self-efficacy with control of asthma symptoms. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2013;15(2):70-6. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-1722-en.html>
 25. Sommaruga M, Gremigni P, Zagà V, Goti C, Bassi L, Santus P. Self-efficacy and quality of life in COPD patients. *Eur Respir J*. 2012;40(56):1462.
 26. Mirzaei Alavijeh M, Nasirzadeh M, Jalilian F, Mostafavei F, Hafezi M. Self-efficacy of health promotion behaviors in hypertensive patients. *Daneshvar Med*. 2012;19(98):51-8. <http://dane-shvarmed.shahed.ac.ir/article-1-531-en.html>
 27. Hu H, Li G, Arao 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. <https://doi.org/10.1038/jhh.2014.58> PMID:[25008000](#)
 28. Rafieifar Sh AM. Empower people for self care. Tehran: Mehr Ravesh Pub; 2005.
 29. Mularcik KA. Self-Efficacy Toward Health Be-

- haviors to Improve Blood Pressure in Patients Who Receive Care in a Primary Care Network] dissertation]. Ohio USA: Ohio State University; 2009.
30. Mohammadi M A, Dadkhah B, Sazavar H, Mozaffari N. The Effect of Follow up on Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2006;6(2):156-62. <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-447-fa.html>
 31. 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.
 32. Wu MP, Wu Sf, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. *Nurs Health Sci.* 2012;14(2):173-81. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00675.x> PMID:22380735
 33. Kaveh Savadkooh O, Zakerimoghadam M, Gheyasvandian S, Kazemnejad A. Effect of Self-Management Program on Self-Efficacy in Hypertensive Patients. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012;22(92):19-28. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-1567-en.html>
 34. Baljani E SS, Rahimi J, Amanpour E, Parkhashjou M, Sharifnejad A, et al. . The effect of education on promoting self efficacy in patients with cardiovascular disease. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2012;16(3):227-35.
 35. Huanhuan Hu GLaTA. Validation of a Chinese Version of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale in Patients with Hypertension in Primary Care. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Public Health.* 2013: Article ID 298986, 6 pages
 36. Clark NM, Dodge JA. Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Educ Behav.* 1999;26(1):72-89. <https://doi.org/10.1177/109019819902600107> PMID:9952053
 37. M. J. Cross LMM, H. M. Lapsley, E. Byrne, and P. M. Brooks, . Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology (Oxford).* 2006;45(1):92-6. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei114> PMID:16287930
 38. Omidi A, Kazemi N, Khatiban M, Karami M. Effect of self-care education on self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Educational and Medical Centers of Hamadan University of Medical Sciences. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2015;23(2):74-84. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1404-en.html>
 39. Figar S1, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodríguez Loria G, Waisman G, et al. Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons. *Am J Hypertens.* 2006;19(7):737-43. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.10.005> PMID:16814130
 40. Magfired K TA. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling.* 55:114-20.
 41. Lemmens KM, Nieboer AP, Rutten-Van Mölken MP, van Schayck CP, Asin JD, Dirven JA, et al. Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):81. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-81> PMID:20346135 PMCID:PMC2859741
 42. Molloy GJ, Randall G, Wikman A, Perkins-Porras L, Messerli-Bürgy N, Steptoe A. Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. . *Psychosom Med.* 2012;74(1):100-6. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31823a5b2f> PMID:22155940
 43. Bagheri SMI, Ashktorab T, Borz Abadi FZ, Zayeri F, Zohari Anboohi S. The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in chronic heart failure. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2013;22(78):17-26. <http://journals.sbm.ac.ir/en-jnm/article/view/4715>
 44. Kargar M, Jamali Moghadam N, Moattari M. The Effect of Osteoporosis Prevention Education by Peers and Health personnel on Self-efficacy of Adolescents with Nephrotic Syndrome. *Iran J Nurs.* 2013;26(81):44-53. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1527-en.html>
 45. Miche E, Herrmann G, Wirtz U, Laki H, Barth M, Radzewitz A. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure. *Z Kardiol.* 2003;92(12):985-93. <https://doi.org/10.1007/s00392-003-1009-1> PMID:14663608
 46. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):258-65. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305093.20012.b8> PMID:18437068 PMCID:PMC2744587
 47. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health.* 2012;37(1):15-24. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9410-6> PMID:21547409 PMCID:PMC3179559
 48. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy

- associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes care*. 2006;29(4):823-9. <https://doi.org/10.2337/di-acare.29.04.06.dc05-1615> PMID:16567822
49. Kasikci MK, Alberto J. Family Support, Perceived Self-Efficacy and Self-Care Behavior of Turkish Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Clin Nurs* 2007;16(8):1468-78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x> PMID:17655535
50. Gardetto N J. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:39-51. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S8174> PMID:21544247 PMID:PMC3084307
51. Kara M, Aşti T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns*. 2004;55(1):114-20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.08.006> PMID:15476998
52. Adolfsson ET, Walker-Engström ML, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes—a randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;76(3):341-50. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2006.09.018> PMID:17069923
53. Yoon SJ, Conway J, McMillan M. An exploration of the concept of patient education: Implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(3):129-35. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00561.x> PMID:16674779
54. Stellefson M, Tennant B, Chaney JD. A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *ISRN Public Health*. 2012;2012. <https://doi.org/10.5402/2012/152047>