

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی تاثیر آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون

زهرا احمدی^۱، کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه* لیلیا بهمنی^۲، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعهمرحمت فراهانی نیا^۳، کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعهحمید حقانی^۴، کارشناس ارشد آمار

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بر خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه انجام شد. زمینه. پرفشاری خون با ایجاد عوارض جدی در ارگان‌های بدن، یکی از بیماری‌های مزمن است که نیازمند رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. آموزش با افزایش توان خودمراقبتی در این بیماران می‌تواند به کاهش بروز عوارض کمک نماید. روش کار. در این مطالعه نیمه تجربی، از بین مبتلایان به پرفشاری خون اولیه مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۰۶ نفر به روش در دسترس انتخاب و به شکل غیر تصادفی در دو گروه آزمون (۵۳ نفر) و کنترل (۵۳ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، قبل و یک ماه بعد از مداخله گردآوری شدند. گروه آزمون در سه جلسه آموزشی درباره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سه هفته متوالی شرکت کردند. گروه کنترل فقط درمان‌های معمول را دریافت کردند. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها. دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات مربوط به بیماری تفاوت معنادار آماری نداشتند. میانگین نمره خودمراقبتی گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله، به ترتیب، ۸/۳۳ با انحراف معیار ۱/۷۹ و ۸/۴۳ با انحراف معیار ۱/۸۴ و در گروه آزمون، به ترتیب، ۹/۷ با انحراف معیار ۲/۴۱ و ۱۴/۴۶ با انحراف معیار ۲/۱۳ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد خودمراقبتی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت و در گروه مداخله بالاتر بود ($P=0/002$)، لذا از آنالیز کوواریانس برای بررسی معناداری بعد از مداخله استفاده شد که نشان داد خودمراقبتی گروه آزمون بعد از مداخله به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل و ناشی از اثر مداخله بود ($P\leq 0/001$). نتیجه‌گیری. آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، موجب بهبود خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه می‌شود. لذا فراهم نمودن زمینه برای آموزش مبتلایان به پرفشاری خون می‌تواند در افزایش توان خودمراقبتی این بیماران موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: پرفشاری خون، خودمراقبتی، آموزش، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت

۱ مربی عضو هیئت علمی، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*)
 نویسنده مسئول) پست الکترونیک: leila.bahmani58@gmail.com

۳ مربی عضو هیئت علمی، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴ مربی عضو هیئت علمی، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

در کشورهای در حال توسعه و در بسیاری از کشورهای توسعه یافته بیماری‌های مزمن غیرواگیر بخش عمده‌ای از مشکلات مربوط به سلامتی را به خود اختصاص می‌دهند (طاهر و همکاران، ۱۳۹۳). این بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده با پاتولوژی غیرقابل درمان، مسئول ۶۰ درصد از مرگ‌ها در جهان هستند (برزو و همکاران، ۱۳۹۴). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، پرفشاری خون است که می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد و حتی منجر به مرگ شود (نجفی قزلبچه و همکاران، ۱۳۹۳). شیوع بالای پرفشاری خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی در ارگان‌های بدن، این بیماری را به مشکل عمده سلامتی جوامع تبدیل کرده است (بهزاد و همکاران، ۱۳۹۴). پرفشاری خون عامل ۷/۵ میلیون مرگ در جهان است و این میزان سالیانه حدود ۱۲/۸ درصد تمام مرگ‌ها را تشکیل می‌دهد. پرفشاری خون باعث ۷۵ میلیون "سال از دست رفته عمر" به دلیل ایجاد ناتوانی می‌شود و در مجموع، عامل ۷/۳ درصد کل سال‌های از دست رفته عمر است (جلیلیان و همکاران، ۱۳۹۲). در سراسر جهان پرفشاری خون بیش از ۴۰ درصد جمعیت بزرگسال را تحت تاثیر قرار داده است و عامل خطر اصلی مرگ یا معلولیت است (داسگوپتا و همکاران، ۲۰۱۴). شیوع پرفشاری خون در مردان و زنان ایران به ترتیب، ۳۷ و ۳۵ درصد است (فاتح کرداری و همکاران، ۱۳۹۶).

تقریباً ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد پرفشاری خون از نوع اولیه است که تحت تاثیر عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیک است و عوامل خطر آن شامل عوامل قابل اصلاح مانند چاقی، افزایش نمک مصرفی، الکل، سبک زندگی کم تحرک، استرس، رژیم غذایی و عوامل خطر غیر قابل اصلاح شامل وارث، جنس، سن و نژاد است. فقط ۵ تا ۱۰ درصد موارد پرفشاری خون از نوع ثانویه و ناشی از سایر اختلال‌ها مانند اختلالات کلیوی، عروقی، غدد درون‌ریز، عصب‌شناختی، حاملگی و واکنش به داروها است (میرزایی علویچه و همکاران، ۱۳۹۱). پرفشاری خون اولیه معمولاً از اواخر دهه سوم تا اوایل دهه پنجم زندگی به صورت ناپایدار شروع می‌شود و بالاخره وضعیتی ثابت پیدا می‌کند (کریمی‌یار جهرمی و همکاران، ۱۳۹۲). خودمراقبتی و کنترل پرفشاری خون از اهمیت خاصی برخوردار است (بهزاد و همکاران، ۱۳۹۴). پرفشاری خون در صورت خودمراقبتی مناسب قابل کنترل است (شاهبداغی و همکاران، ۱۳۹۳). کنترل نامناسب پرفشاری خون به عوامل مختلفی از جمله عدم تبعیت از رژیم درمانی مرتبط با آن بستگی دارد (داسگوپتا و همکاران، ۲۰۱۴). عدم انجام رفتارهایی از قبیل ورزش، رژیم غذایی و مصرف داروها طبق توصیه‌های انجام شده و انجام رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن، مصداق‌های کنترل نامناسب پرفشاری خون هستند (جلیلیان، ۱۳۹۲). طبق نظریه پندر، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شامل هرگونه اقدامی هستند که برای افزایش حفظ سطح سلامت و خودشکوفایی فرد و یا یک گروه صورت گیرد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۴). مهم‌ترین رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمی، مدیریت استرس، ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی هستند (آزادبخت و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع، ارتقای سلامت علم و هنر تغییر سبک زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است و شامل رفتارهایی است که طی آن، فرد به تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهای مخرب، بهبود عملکرد با وجود بیماری، کنترل عواطف و احساسات و کنار آمدن با استرس و مشکلات ناشی از بیماری و استقلال و سازگاری می‌پردازد (برزو و همکاران، ۱۳۹۴).

خودمراقبتی شامل کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشارهای روانی، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو طبق تجویز پزشک است (براتی و همکاران، ۱۳۹۰). در صورت تشخیص زودهنگام پرفشاری خون می‌توان از طریق تغییر رفتارهای بهداشتی مثل کنترل وزن، ترک سیگار، سطح فعالیت بدنی بالاتر، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف الکل و رژیم غذایی سالم، فشار خون را کاهش داد (پترسون و همکاران، ۲۰۱۶). بدون آموزش بیماران و شرکت آنها در مراقبت از خود، انجام مراقبت‌های سلامتی می‌تواند پرهزینه‌تر باشد (نجفی قزلبچه و همکاران، ۱۳۹۴).

آموزش چندرسانه‌ای خودمراقبتی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون شود (نجفی قزلبچه و همکاران، ۱۳۹۴). یک مطالعه که با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی در مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد نشان داد که برنامه آموزشی در کنترل بیماری پرفشاری خون موثر است (ایزدی‌راد و همکاران، ۱۳۹۲). لینگ لیو و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود ضمن بررسی تاثیر برنامه آموزشی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نشان دادند که برنامه‌های آموزشی باعث بهبود توانایی بیماران و مراقبت از خود می‌شود. در مطالعه گلاین و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شد که خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون باعث کاهش فشار خون سیستولیک در این بیماران می‌شود.

آموزش بهداشت در زمینه عوامل خطر قابل تعدیل، سبک زندگی و نیز تغییر نگرش بیماران نسبت به وضعیت خود برای اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی ضروری به نظر می‌رسد (خیبر و همکاران، ۱۳۹۳). ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت، منجر به حفظ

عملکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها و کاهش هزینه‌های مراقبت سلامتی خواهد شد. نزدیک به ۵۳ درصد علل مرگ افراد با سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی آنها ارتباط دارد. بر این اساس و بر مبنای "منشور اوتاوا"، قطعنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، که در سال ۱۹۸۶ پیرامون موضوع ارتقای سلامت منتشر شد، آموزش به عنوان پیش‌نیاز سلامت به صورت جدی مورد تأکید قرار گرفته است (حسنی و همکاران، ۱۳۹۴). یافته‌های مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که اکثر افراد علیرغم اینکه خود را علاقمند به خودمراقبتی دانسته‌اند و خود را در امر خودمراقبتی فعال می‌دانند، ولی اظهار داشته‌اند که دارای دانش خودمراقبتی نیستند، و محققان بر اساس یافته‌ها پیشنهاد می‌دهند که جهت ارتقای عملکرد خودمراقبتی، دانش افراد افزایش یابد. علیرغم نقش آموزش در ارتقای خودمراقبتی در بیماران مزمن از جمله پرفشاری خون، برنامه آموزشی جهت بیمارانی که به صورت سرپایی به درمانگاه یا مطب‌های خصوصی مراجعه می‌کنند وجود ندارد. این تحقیق با هدف بررسی تاثیر آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، مبتلایان به پرفشاری خون اولیه بودند که به درمانگاه قلب بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان مراجعه کردند. تعداد ۱۰۶ فرد مبتلا به پرفشاری خون اولیه به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ تشخیص پرفشاری خون در سه ماهه گذشته توسط متخصص قلب و عروق؛ تحت درمان دارویی بودن؛ عدم ابتلا به عوارض پرفشاری خون (تایید شده توسط متخصص قلب و عروق) از جمله نارسایی قلبی، نارسایی کلیه، سکنه قلبی یا مغزی و اختلالات عروق چشمی؛ سن بالای ۱۸ سال؛ و توانایی برقراری ارتباط بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل فرد به ادامه همکاری، ابتلا به عوارض پرفشاری خون در طول مطالعه (از جمله نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی، سکنه قلبی یا مغزی، اختلالات عروق چشمی)، بستری شدن در طول مطالعه، و عدم شرکت در جلسه آموزشی بودند. نمونه‌ها بر اساس روز مراجعه به درمانگاه در گروه آزمون یا کنترل قرار گرفتند، به این ترتیب که افراد مراجعه‌کننده در عصر روزهای زوج در گروه آزمون (۵۳ نفر) و افراد مراجعه‌کننده در صبح روزهای فرد در گروه کنترل (۵۳ نفر) قرار گرفتند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد. قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، مدت ابتلا به پرفشاری خون و ...) بود. قسمت دوم، پرسشنامه خودمراقبتی محقق - ساخته برگرفته از مطالعه هزاوه‌ای و همکاران بود که روایی و پایایی آن تأیید شده بود. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال است که ۹ سؤال آن درباره انجام رفتارهای خودمراقبتی با گزینه‌های "خیر" (امتیاز صفر)، "بلی" (امتیاز ۲)، و "گاهی" (امتیاز ۱) است. نمرات این قسمت از پرسشنامه از صفر تا ۱۸ متغیر است و افراد بر اساس پاسخ به سؤالات این قسمت از پرسشنامه در یکی از سه دسته خوب (۱۲ تا ۱۸)، متوسط (۱۶ تا ۱۲) یا ضعیف (صفر تا ۶) قرار می‌گیرند. بخش دیگر پرسشنامه خودمراقبتی شامل ۹ سؤال درباره علت عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی است. این پرسشنامه به روش مصاحبه یا خودگزارش‌دهی توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید. از این پرسشنامه در مطالعه هزاوه‌ای و همکاران (۱۳۹۴)، بایرامی و همکاران (۱۳۹۶)، و براتی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شده است. در این مطالعه، روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین، پایایی پرسشنامه از طریق آزمون مجدد توسط ۱۵ نفر از مبتلایان به پرفشاری اولیه که در مطالعه شرکت نکردند انجام شد و ضریب همبستگی ۰/۹۴ محاسبه شد.

پژوهشگر پس کسب کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.FMD.REC1396.9311690002) و معرفی خود به مسئولان محیط پژوهش، اهداف پژوهش را به ایشان توضیح دادند و مجوز ورود به محیط را کسب کرد. پژوهشگر پس از معرفی خود به واحدهای پژوهش، اهداف مطالعه را برای آنان توضیح داد و در صورت موافقت برای شرکت در پژوهش، از آنان رضایت آگاهانه کسب کرد. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه خواهد بود و اینکه در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانند در هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. واحدهای پژوهش پرسشنامه‌ها را قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله تکمیل نمودند. گروه آزمون در سه جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای که به شکل سخنرانی با استفاده از اسلاید بود، در گروه‌های ۱۰ تا ۱۲ نفره شرکت نمودند. محتوای آموزشی شامل ماهیت بیماری و رژیم غذایی، فعالیت

جسمی، احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، توجه به رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۶ فرد مبتلا به پرفشاری خون اولیه شرکت کردند. سه نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمون به دلایل شخصی مطالعه را ترک نمودند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری در گروه آزمون و کنترل

متغیر	تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	آزمون تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
جنس				
مرد	۳۴ (۶۴/۲)	۳۴ (۶۴/۲)	۳۱ (۶۲)	$df=1, \chi^2=0.51, P=0.481$
زن	۱۹ (۳۵/۸)	۱۹ (۳۵/۸)	۱۹ (۳۸)	
سن (سال)				
کمتر از ۵۰	۷ (۱۳/۲)	۷ (۱۳/۲)	۱۲ (۲۴)	$df=10, t=110.7, P=0.271$
۵۰ تا ۵۹	۱۹ (۳۵/۹)	۱۹ (۳۵/۹)	۱۷ (۳۴)	
۶۰ تا ۶۹	۱۵ (۲۸/۳)	۱۵ (۲۸/۳)	۱۲ (۲۴)	
۷۰ و بیشتر	۱۲ (۲۲/۶)	۱۲ (۲۲/۶)	۹ (۱۸)	
وضعیت تاهل				
متاهل	۴۱ (۷۷/۴)	۴۱ (۷۷/۴)	۴۲ (۸۴)	$P=0.608$
مطلقه	۵ (۹/۴)	۵ (۹/۴)	۲ (۴)	
همسر فوت شده	۷ (۱۳/۲)	۷ (۱۳/۲)	۶ (۱۲)	
تحصیلات				
ابتدایی	۳۰ (۵۶/۶)	۳۰ (۵۶/۶)	۳۷ (۷۴)	$P=0.238$
راهنمایی	۶ (۱۱/۳)	۶ (۱۱/۳)	۴ (۸)	
دیپلم	۱۰ (۱۸/۹)	۱۰ (۱۸/۹)	۷ (۱۴)	
دانشگاهی	۷ (۱۳/۲)	۷ (۱۳/۲)	۲ (۴)	
مدت تشخیص (سال)				
کمتر از ۱۰	۳۳ (۶۲/۳)	۳۳ (۶۲/۳)	۳۱ (۶۲)	$df=10, t=0.91, P=0.927$
۱۰ تا ۱۹	۱۳ (۲۴/۵)	۱۳ (۲۴/۵)	۱۲ (۲۴)	
۲۰ و بیشتر	۷ (۱۳/۲)	۷ (۱۳/۲)	۷ (۱۴)	
سابقه پرفشاری خون در بستگان درجه ۱				
ندارد	۱۵ (۲۸/۳)	۱۵ (۲۸/۳)	۱۰ (۲۰)	$df=1, \chi^2=0.965, P=0.326$
دارد	۳۸ (۷۱/۷)	۳۸ (۷۱/۷)	۴۰ (۸۰)	
سابقه سکنه قلبی در بستگان درجه ۱				
ندارد	۳۶ (۶۷/۹)	۳۶ (۶۷/۹)	۳۹ (۷۸)	$df=1, \chi^2=1319, P=0.251$
دارد	۱۷ (۳۲/۱)	۱۷ (۳۲/۱)	۱۱ (۲۲)	
سابقه سکنه مغزی در بستگان درجه ۱				
ندارد	۳۳ (۶۲/۲)	۳۳ (۶۲/۲)	۳۵ (۷۰)	$df=1, \chi^2=0.686, P=0.407$
دارد	۲۰ (۳۷/۸)	۲۰ (۳۷/۸)	۱۵ (۳۰)	

جدول شماره ۲، توزیع فراوانی سطح خودمراقبتی گروه آزمون و کنترل را قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود درصد افراد دارای خودمراقبتی در سطح خوب، در گروه کنترل از ۳/۸ درصد به ۵/۷ درصد تغییر یافته است، اما در گروه آزمون، این درصد از ۲۰ درصد به ۹۴ درصد افزایش یافته است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سطح خودمراقبتی گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله

سطح خودمراقبتی	ضعیف (۰-۶)	متوسط (۶-۱۲)	خوب (۱۲-۱۸)	زمان	گروه
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
آزمون	۳ (۶)	۳۷ (۷۴)	۱۰ (۲۰)	قبل از مداخله	کنترل
کنترل	۲ (۳/۸)	۴۹ (۹۲/۴)	۲ (۳/۸)		
آزمون	۰ (۰)	۳ (۶)	۴۷ (۹۴)	بعد از مداخله	کنترل
کنترل	۲ (۳/۸)	۴۸ (۹۰/۵)	۳ (۵/۷)		

جدول شماره ۳، میانگین نمره خودمراقبتی گروه آزمون و کنترل را، قبل و بعد از انجام مداخله نشان می دهد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره خودمراقبتی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنی دار آماری دارند و این میانگین در گروه مداخله بیشتر است. بعد از مداخله، میانگین نمره خودمراقبتی در گروه کنترل، ۸/۴۳ با انحراف معیار ۱/۸۴ و در گروه آزمون، ۱۴/۴۶ با انحراف معیار ۲/۱۳ بود. با توجه به اینکه، میانگین نمره خودمراقبتی در دو گروه، قبل از مداخله از لحاظ آماری تفاوت معنی دار داشت، از آنالیز کوواریانس برای بررسی معنی داری بعد از مداخله استفاده شد که این آزمون نشان داد بعد از مداخله، میانگین نمره خودمراقبتی در گروه آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل است و این تفاوت ناشی از مداخله بوده است.

جدول شماره ۳: میانگین نمره خودمراقبتی در گروه کنترل و آزمون، قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون	کنترل	نتیجه آزمون
زمان	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
قبل از مداخله	۹/۷ (۲/۴۱)	۸/۳۳ (۱/۷۹)	$df=101, t=3/253, P=0/002$
بعد از مداخله	۱۴/۴۶ (۲/۱۳)	۸/۴۳ (۱/۸۴)	$F=223/95, P\leq 0/0001$

بحث

پژوهش حاضر به بررسی تاثیر آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه پرداخت. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه تاثیر دارد. نتایج حاصل از مطالعه سواسا (۲۰۱۷) بر روی افراد تحت همودیالیز نشان داد که برنامه های آموزشی بر فراوانی رفتارهای خودمراقبتی تاثیر دارد که با نتایج پژوهش حاضر هم سو است. مطالعه اقبالی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که مداخلات آموزشی پرستاران بر رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به پرفشاری خون تاثیر دارد که با نتایج این مطالعه در یک راستا است. در مطالعه برزو و همکاران (۱۳۹۴) آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شد. همچنین، نتیجه مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید و پروسید بر تغییر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون هم راستا با نتایج پژوهش حاضر بود. نتایج مطالعه کریم بار جهرمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان می دهد آموزش سبک زندگی توسط پرستاران باعث افزایش آگاهی و بهبود عملکرد مبتلایان به پرفشاری خون می شود.

نتایج مطالعه هزاوه ای و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر هم سو نیست. همچنین یافته های پژوهش ولارد و همکاران (۲۰۰۳) که در استرالیا انجام شد تاثیر آموزش بر رفتارهای خودمراقبتی را تایید نکرد که این تفاوت می تواند ناشی از فاصله طولانی بین جلسات در مطالعه ولارد (ماهانه یک جلسه) باشد. در مطالعه سورور و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد که شرکت کنندگان در مطالعه به طور پیوسته قائل به انجام رفتارهای

ارتقاءدهنده سلامت در سبک زندگی خود نیستند، به خصوص ورزش، مسئولیت سلامت و مدیریت استرس و اینکه ارتباط معنی داری بین بیماری های مزمن (پرفشاری خون، دیابت و چاقی) و آموزش رفتارهای سبک زندگی در میان کارمندان زن در شهر زاگزیگ وجود ندارد که با نتایج این پژوهش همسو نیست که این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت فرهنگی بین واحدهای مورد مطالعه این دو پژوهش باشد.

نتیجه گیری

آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه موثر است. می توان گفت افراد مبتلا به پرفشاری خون که آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را دریافت می کنند نسبت به افرادی که این آموزش ها را دریافت نمی کنند از نظر خودمراقبتی در سطح مطلوب تری قرار دارند. توجه به مقوله آموزش به بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه بسیار مهم است و با شناسایی عوامل تاثیرگذار بر پرفشاری خون می توان گام مهمی در راستای ارتقاء خودمراقبتی در این بیماران برداشت. تفاوت این پژوهش با پژوهش های قبلی در این بود که مطالعه بر روی بیمارانی انجام شد که به درمانگاه های قلب مراجعه کرده بودند و دارای پرونده بهداشتی نبودند و قبل از این پژوهش هیچ گونه آموزشی در زمینه خودمراقبتی دریافت نکرده بودند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از پایان نامه لیلا بهمنی به راهنمایی سرکار خانم احمدی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران است که در بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. از مسئولان و استادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، معاونت آموزشی، ریاست و پرسنل بیمارستان شهید رحیمی و بیماران و خانواده های ایشان قدردانی می شود.

منابع فارسی

- آزادبخت م و همکاران (۱۳۹۴). رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۱(۲). ۲۰-۲۹.
- ابوطالبی ق و همکاران (۱۳۹۰). بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۴(۴). ۲۰۳-۲۰۸.
- ایزدی راد ح و همکاران (۱۳۹۳). بررسی کارآیی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزف بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به پرفشاری خون. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل. ۶(۱). ۴۲-۵۱.
- برانی م و همکاران (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط بر انجام رفتارهای خود تنظیمی فشار خون در بین مبتلایان به پرفشاری خون شهرستان بهار سال ۱۳۸۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱(۳). ۱۱۶-۱۲۲.
- برزو ر و همکاران (۱۳۹۴). تاثیر آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودالیز. فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی. ۴(۴). ۲۲-۲۹.
- بهرامی ن و همکاران (۱۳۹۴). بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک با میزان آگاهی و عملکرد زنان در زمینه خودمراقبتی - یک مطالعه توصیفی - تحلیلی. فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی. ۱۸(۶۰). ۱-۷.
- بهزادی و همکاران (۱۳۹۴). تاثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) بر خودکارآمدی در رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۳(۱۱). ۱۰۴-۱۰۱۵.
- جلیلیان ن و همکاران (۱۳۹۲). تاثیر مداخله آموزشی بر دانش و نگرش افراد مبتلا به پرفشاری خون: یک کارآزمایی بالینی قبل و بعد. فصلنامه علمی - پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۱(۴). ۳۷-۴۴.
- حسینی ط و همکاران (۱۳۹۳). تاثیر مداخله آموزش بر اساس الگوی پرسید - پروسید بر تغییر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون. فصلنامه علمی - پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۲(۱). ۱۷-۲۶.
- خیر ن و همکاران (۱۳۹۳). بررسی تاثیر بحث گروهی بر توانمندی مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۰. مجله علمی پژوهشی حکیم سید اسماعیل جرجانی. ۲(۱). ۳۳-۳۹.
- طاهر م و همکاران (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با پیروی از رژیم درمانی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۱(۳). ۶۳-۶۹.

- قطبی ط و همکاران (۱۳۹۲). بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در دیابت نوع II. نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. ۲۳(۸۳): ۴۳-۵۰.
- شاهدباغی ز و همکاران (۱۳۹۳). تاثیر برنامه خودمراقبتی بر میزان فشار خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری داخلی- جراحی. ۳(۳): ۱۶۳-۱۶۹.
- محمد حسنی م و همکاران (۱۳۸۹). توان خودمراقبتی بر اساس نظریه اورم در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۳(۲): ۸۷-۹۱.
- میرزایی علویچه م و همکاران (۱۳۹۱). خودکارآمدی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد. ۱۹(۹۸): ۱-۹.
- نجفی قزلیچه ط و همکاران (۱۳۹۳). آموزش خودمراقبتی در ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۳(۱): ۶۶-۷۱.
- وثوقی کرکزلون و همکاران (۱۳۹۱). بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۸(۴): ۱۹۷-۲۰۴.
- هزاوه ای م و همکاران (۱۳۹۴). بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با مدل اعتقاد بهداشتی. کومش. ۱(۵۷): ۳۷-۴۵.

منابع انگلیسی

- Anh, D. T. T., Shih, Y.-W., Miao, N.-F., Liao, Y.-M., Chuang, Y.-H., Chang, H.-J., Huang, H.-C. and Tsai, H.-T. (2017) Differences of self-management in controlling blood pressure between patients with hypertension and healthy people in vietnam. *POJ Nursing Practice & Research*, 1(1), pp. 1-8.
- Dasgupta, A., Sembiah, S., Paul, B., Ghosh, A., Biswas, B. and Mallick, N. (2018) Assessment of self-care practices among hypertensive patients: a clinic based study in rural area of Singur, West Bengal. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(1), pp. 262-267.
- Fatehkerdari, R. and Tavafian, S. S. (2017) Health education program and healthy diet compliance in patients with primary hypertension. *Journal of Research & Health*, 7(2), pp. 763- 770.
- Glynn, L., Murphy, A., Smith, S., Schroeder, K. and Fahey, T. (2010) Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd., 1(1), pp. 1-19.
- Ling Liou, H., I Chen, H., Chuan Hsu, S. and Chin Lee, S. (2015) The effect of a self-care program on patient with heart failure. *Journal of the Chinese Medical Association*, (2015) 78, pp. 648-656.
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N. and Novais, M. E. L. M. (2017) Self-care on hemodialysis: Behaviors with the arteriovenous fistula. *International Society for Apheresis, Japanese Society for Apheresis, and Japanese Society for Dialysis Therapy*, ۲۱(۲) pp. ۹۵-۱۹۹.
- Sorour, A. S., Kamel, W. W., Aziz, E. M. A. E.-. and Aboelseoud, A. (2014) Health promoting lifestyle behaviors and related risk factors among female employees in Zagazig cit. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(5), pp. 42-51.
- Woollard, J., Burke, V. and Beilin, L. (2003) Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *HumHypertens*, 17(10), pp. 689-695.

Original Article

Effect of teaching health-promoting behaviors on self-care behaviors in people with hypertension

Zahra Ahmadi¹, MSc
* Leila Bahmani², MSc Student
Marhamat Farahani Nia³, MSc
Hamid Haghani⁴, MSc

Abstract

Aim. The purpose of this study was to determine the effect of teaching health-promoting behaviors on self-care behaviors in people with hypertension.

Background. Hypertension is one of the chronic diseases that causes serious complications on the organs of the body and requires self-care behaviors to be managed and controlled. Education increases self-care capacity in these patients and may help reducing complications and promote disease control.

Method. In this quasi-experimental study, 106 patients who referred to the clinic of Shahid Rahimi Hospital in Khorramabad, affiliated to Lorestan University of Medical Sciences, were recruited based on inclusion criteria and allocated to experimental (n=53) and control group (n=53). The experimental group received three training sessions of health-promoting behaviors in three consecutive weeks. The control group received only the routine treatments. Data were collected using a demographic form and self-care behaviors questionnaire, before and one month after intervention. Data were analyzed by SPSS version 22 using descriptive and inferential statistics.

Findings. The groups did not differ significantly in terms of demographic variables and disease characteristics. Before intervention, the mean score of self-care in the control and experimental group were 8.33 ± 1.79 and 9.7 ± 2.41 , respectively, and there was a statistically significant difference between the groups ($P=0.002$). After intervention, the mean score of self-care in the control and experimental group were respectively reported as 8.43 ± 1.84 and 14.46 ± 2.13 . Analysis of covariance showed that after intervention, the mean score of self-care in experimental group was significantly higher than that of control group ($P < 0.0001$).

Conclusion. Education improved self-care in people with hypertension. Providing education for people with hypertension can be effective in promoting their self-care behaviors.

Keywords: Hypertension, Self-care, Training, Health-Promoting Behaviors

1 Instructor, Community Health Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 MSc Student in Community Health Nursing, Community Health Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: leila.bahmani58@gmail.com

3 Instructor, Community Health Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Instructor, Faculty of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran