

Effect of Self-Management Program on Self-Efficacy in Hypertensive Patients

Omolhoda Kaveh Savadkooh¹,
Masoomeh Zakerimoghadam²,
Shahrzad Gheyasvandian²,
Anooshirvan Kazemnejad³

¹ MSc Student in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received May 7, 2012 ; Accepted June 19, 2012)

Abstract

Background and purpose: Hypertension is a common chronic and relapsing disease caused by extensive and long-term changes in behavior related to lifestyle and is considered as a challenging issue throughout the world. The aim of this study was to assess the effect of self-management program on self-efficacy among hypertensive patients.

Materials and methods: This quasi-experimental study was performed in 150 patients with mild-to-moderate primary hypertension attending health centers affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The subjects were randomly assigned into two groups of experimental (n= 75) and control (n= 75). The intervention consisted of a one-day workshop for four hours and the scenario project. The subjects were then followed up through phone call: within two months. The data was analyzed using SPSS-16 and descriptive and analytical statistics.

Results: The results showed significant differences among experimental and control group regarding the rate of self-efficacy after the intervention ($P=0.000$). In fact self-management program increased the patients' level of self-efficacy.

Conclusion: Self-management program which results in higher level of self-efficacy could motivate the patients to change their behaviors, adherence to diet, medication, exercise and physical activity. Blood pressure thereby would be controlled.

Keywords: Self-management program, self-efficacy, primary hypertension

تأثیر اجرای برنامه خودتدبیری در ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه

ام الهدی کاوه سوادکوه^۱

معصومه ذاکری مقدم^۲

شهرزاد غیاثوندیان^۲

انوشیروان کاظم نژاد^۳

چکیده

سابقه و هدف: هیپرتانسیون از بیماری‌های شایع، مزمن و عودکننده می‌باشد که به علت ایجاد تغییرات وسیع و طولانی مدت در رفتارهای مربوط به سبک زندگی، چالش برانگیز و در سراسر دنیا از نظر درمانی پراهمیت، محسوب می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر اجرای برنامه خودتدبیری در ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی و دو گروهی بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به فرم خفیف و متوسط هیپرتانسیون اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۷۵) و تجربه (۷۵) قرار گرفتند. مداخله شامل برگزاری کارگاه یک روزه (چهار ساعت)، طرح سناریو و سپس مدت دوماه پیگیری تلفنی بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه کنترل و تجربه از نظر میزان خودکارآمدی بعد از اجرای مداخله اختلاف آماری معنی دار وجود دارد ($p=0/001$)، یعنی اجرای برنامه خودتدبیری توانسته است سطح خودکارآمدی بیماران را افزایش دهد. **استنتاج:** اجرای برنامه خودتدبیری و متعاقب آن ارتقاء سطح خودکارآمدی می‌تواند برای متقاعد کردن بیماران به انجام تغییرات رفتاری و پایبندی به رژیم‌های غذایی، دارویی، ورزش و فعالیت فیزیکی و در نتیجه کنترل فشارخون مناسب و کارآمد باشد.

واژه‌های کلیدی: برنامه خودتدبیری، خودکارآمدی، هیپرتانسیون اولیه

مقدمه

چالش برانگیز و در سراسر دنیا از نظر درمانی پراهمیت محسوب می‌شود (۲، ۱). این بیماری بدون علامت به راحتی قابل شناسایی و معمولاً قابل کنترل است در حالی که در صورت عدم درمان، اغلب سبب ایجاد عوارض کشنده از قبیل انفارکتوس میوکارد، حوادث

هیپرتانسیون از جمله بیماری‌های شایع، مزمن، عودکننده می‌باشد که زمینه ساز بسیاری از بیماری‌ها است. این بیماری در عصر حاضر قابل پیشگیری بوده، به علت ایجاد عوارض یا تغییرات وسیع و طولانی مدت در رفتارهای مربوط به سبک زندگی، اختلالی دشوار و

E-mail: zakerimo@tums.ac.ir

مؤلف مسئول: معصومه ذاکری مقدم - تهران: توحید، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری - مامایی، گروه پرستاری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۳/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۳/۳۰

عروق مغزی، نارسایی قلبی، اختلالات بینایی، کلیوی و مرگ زودرس می‌شود. بیماری هیپرتانسیون شیوع بسیار بالایی در سراسر دنیا دارد. حدود ۷۳ میلیون نفر از جمعیت بزرگسالان ایالات متحده آمریکا به این بیماری مبتلا هستند (۴،۳). داده‌های پیمایشی که توسط مرکز تحقیقات بین‌المللی سلامت و تغذیه (NHANES) در سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۸۹ و ۲۰۰۴-۱۹۹۹ ارائه شد، حاکی از این است که شیوع هیپرتانسیون در بزرگسالان، از ۲۴/۴ درصد به ۲۸/۹ درصد افزایش یافته است (۵،۶). در کشور ایران هم آمار زیادی از شیوع هیپرتانسیون گزارش شده است. دلاوری و همکاران (۱۳۸۵) در طی تحقیقی به این نتیجه رسیدند که شیوع هیپرتانسیون در مردان و زنان ایرانی، به ترتیب ۲۵/۳۱ درصد و ۲۶/۰۵ درصد بوده است. فقط ۳۵/۳ درصد از ۶۸/۸ درصد افراد مبتلا به هیپرتانسیون که در یک سال قبل از مطالعه فشارخونشان اندازه‌گیری شده بود، از بیماری خود آگاه بوده، فقط ۲۱/۴ درصد آن‌ها فشار کنترل شده داشتند (۷). بررسی‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که علی‌رغم پیشرفت‌های روزافزون اخیر، فشارخون بیشتر مردم دچار هیپرتانسیون به صورت ضعیف کنترل می‌شود که این مسأله موجب شده که این بیماری به عنوان یک مشکل جهانی مطرح شود (۹۸). به طوری که حدود ۴۰-۳۵ درصد از بیماران دچار هیپرتانسیون در آمریکا به‌طور مناسب کنترل نمی‌شوند (۱۲-۱۰). هدف از کنترل هیپرتانسیون، پیشگیری از عوارضی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، عروق مغزی و غیره می‌باشد که با دستیابی و حفظ فشارخون شریانی در سطح ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و حتی کمتر است که می‌تواند موجب کاهش قابل توجه در میزان مرگ و میر شود (۱). با توجه به این که هیپرتانسیون در اغلب موارد بدون علامت است و درمان آن در تمام طول مدت عمر ادامه دارد، اغلب بیماران روش‌های کنترل بیماری را رها می‌کنند به همین دلیل نیاز به پیگیری منظم و مداوم دارند. از طرفی با توجه به

ماهیت مزمن بیماری و لزوم افزایش توانمندی بیمار لازم است برنامه‌هایی در جهت بهبود وضعیت جسمی و عملکردی و کنترل عوامل خطر، پیشگیری از عود و شدت یافتن علائم و عوارض آن در بیماران و رسیدن آنان به سلامتی مطلوب طراحی و اجرا گردد (۱۳). از آنجا که اکثریت بالایی از بیماران با تشخیص هیپرتانسیون کنترل نشده، خودکارآمدی نسبتاً پایینی دارند و با وجود آموزش‌های معمول، کنترل مناسبی بر روی فشارخون خود ندارند؛ بنابراین، ضرورت به کارگیری روش‌های مؤثرتر وجود دارد (۱۴). یکی از این روش‌ها به کارگیری برنامه خودتدبیری یا خودمدیریتی (Self management) می‌باشد. خودتدبیری، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علائم، درمان مشکلات جسمی، روحی و روانی، تغییر سبک زندگی و در نهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می‌شود (۱۵،۱۶). همچنین یک استراتژی اصلاح رفتار است که تأثیر بسیار زیادی در مدیریت بیماری‌های مزمن فراهم می‌نماید و به بیمار کمک می‌کند تا بیماری را کنترل کرده، سلامتی‌اش را در حد مطلوب حفظ کند (۱۷،۱۸). برنامه خودتدبیری دارای پنج مهارت اصلی است: ۱) مهارت حل مسأله (Problem solving): بیماران اساس حل مشکل را می‌آموزند که شامل تعریف مشکل، پیدا کردن راه حل ممکن و اجرای راه حل و ارزیابی نتایج می‌باشد ۲) مهارت تصمیم‌گیری (Decision making): شخص دچار بیماری مزمن باید برای تغییر در شرایط بیماری بتواند تصمیم‌گیری روزانه انجام دهد، بنابراین لازم است که دانش مورد نیاز برای این تغییرات کسب کند ۳) استفاده از منابع (Resource utilization): آموختن این که مددجو بداند که چگونه از منابعی که قادر است به او کمک کند به خوبی استفاده نماید ۴) شکل‌گیری ارتباط درمانی بین مراقبت‌کننده و بیمار: در این مرحله ارتباط صحیح درمانی و اخذ شرح حال از بیمار لازم است ۵) برنامه عملیاتی (Action planning): فعالیت‌هایی

است که منجر به افزایش خودکارآمدی و در نتیجه افزایش اعتماد به نفس برای اداره بیماری توسط بیمار می‌گردد (۱۹). وقتی توانایی انجام این فعالیت‌ها در بیمار تقویت شود و بیمار به توانایی خود در بهبود وضعیت از طریق تغییر رفتارهایی که انجام می‌دهد اعتقاد داشته باشد با افزایش خودکارآمدی، می‌تواند در کنترل بیماری موفق‌تر باشد (۲۰). خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم مهم در مدیریت بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود و برای بررسی و مدیریت بیماران با بیماری‌های مزمن استفاده می‌گردد (۲۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش ویژه بیماران مبتنی بر خودتدبیری می‌تواند در جهت افزایش دانش، مهارت، خودکارآمدی و اصلاح رفتارهای مرتبط با بیماری در جهت کمک به درمان خویش مؤثر باشند (۲۲-۲۴). از طرفی دیگر در برنامه‌های آموزشی بیماران قلبی-عروقی مثل هیپرتانسیون بر تغییر رفتار تأکید می‌شود و از بیماران خواسته می‌شود مصرف دارو و سایر دستورات پزشکی را رعایت کنند یا به اصطلاح در درمان خود مشارکت کنند اما به این موضوع کمتر توجه می‌شود که این مشارکت مستلزم آن است که بیماران مطمئن شوند که می‌توانند تغییرات سبک زندگی و مصرف دارو را برای تمام عمر را رعایت کنند (۲۵). اگر بیماران به توانایی‌های خود در بهبود وضعیت سلامتی از طریق تغییر رفتار و مصرف دارو برای تمام عمر اعتقاد نداشته باشند، رسیدن به این مهم میسر نخواهد بود (۲۶). خودکارآمدی به عنوان اعتماد و اطمینان فرد به توانایی برای انجام رفتار مورد نظر تعریف شده که برای رسیدن به اهداف دلخواه، ضروری است. همچنین خودکارآمدی به عنوان یک پیش شرط مهم برای خودتدبیری موفقیت آمیز می‌باشد (۲۷). به طور کلی کار کردن بر روی افزایش توانایی بیماران و قدرت بخشیدن به آن‌ها، در پیگیری رژیم خودمراقبتی از طریق ارتقاء خودکارآمدی حائز اهمیت است، با تقویت اعتماد فرد در مورد افزایش کنترل فردی بر اوضاع می‌توان

خودکارآمدی وی را افزایش داد، در همین حال می‌توان گفت که کنترل فرد بر اوضاع نتیجه مجموع تجربیات خودکارآمدانه وی می‌باشد (۲۸). ارتقاء خودکارآمدی با کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی بیماران مزمن ارتباط دارد (۱۹). با توجه به این که آموزش عنصر کلیدی فعال کردن بیمار و جلب اعتماد وی است؛ زمانی اثر گذارتر می‌شود که با کسب مهارت‌های برنامه خودتدبیری همراه باشد. از طرفی ارائه چنین برنامه‌ای یکی از وظایف مهم پرستاران است که باید به بیمار کمک کنند تا به حداکثر توانمندی یا خودکارآمدی برسد (۲۹). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بازتوانی قلبی و یا ارائه اطلاعات به بیمار در بهبود وضعیت سلامت جسمی مؤثر است. در زمینه تأثیر برنامه خودتدبیری در رسیدن به خودکارآمدی در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون در ایران، مطالعه‌ای انجام نشده است. با توجه به شیوع بالای بیماری در کشور و ماهیت مزمن بیماری هیپرتانسیون که نیاز به کارآمد شدن بیماران در تصمیم‌گیری جهت مدیریت بیماری دارد لذا انجام پژوهش در زمینه تأثیر اجرای برنامه خودتدبیری بر ارتقاء سطح خودکارآمدی این بیماران لازم به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی دو گروهی می‌باشد که در آن تأثیر برنامه خودتدبیری بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه مورد بررسی گرفت. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری هیپرتانسیون اولیه تشکیل دادند. محیط پژوهش شامل مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که به جهت فراوانی مراجعات و سهولت دسترسی به نمونه‌های پژوهش انتخاب شد. تعداد نمونه لازم با اطمینان ۹۵ درصد با توان آزمون ۸۰ درصد، برای هر گروه ۷۵ نفر براساس مطالعات Xue و همکاران و در مجموع

۱۵۰ نفر تعیین شد (۲۵). معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل: تمایل شرکت در مطالعه، سن ۶۹-۳۰ سال، وجود هیپرتانسیون اولیه خفیف و متوسط (فشارخون سیستولیک ۱۸۰-۱۴۰ و دیاستولیک بین ۱۱۰-۹۰ باشد) که توسط پزشک تأیید شد، نبودن در مرحله شدید و حاد بیماری (اورژانس پرفشاری خون)، توانایی درک مکالمه به زبان فارسی، سواد خواندن و نوشتن، امکان برقراری تماس تلفنی مستقیم با منزل بیمار، عدم مشکل در برقراری ارتباط، عدم ابتلاء به بیماری زمینه‌ای سخت و در مرحله شدید (از قبیل سرطان متاستاتیک، نارسایی کلیه)، و دیابت و هیپرتیروئیدیسم شناخته شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: فوت بیمار در طول مطالعه و این که بیماری وارد مرحله حاد و شدید می‌شد (اورژانس پرفشاری خون) در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی بود: در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک شامل (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، کفایت درآمد، شغل، وزن، قد و BMI) و در قسمت دوم مشخصات بیماری شامل (طول مدت، سابقه خانوادگی، روش کنترل، نوع داروی مصرفی، اندازه‌گیری فشارخون، توانایی در اندازه‌گیری فشارخون توسط خود فرد، توالی اندازه‌گیری فشارخون) توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. قسمت سوم، پرسشنامه محقق ساخته خودکارآمدی بود که با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی در بیماران مزمن و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی تدوین گردید. در این پرسشنامه از بیماران سؤال شد چقدر اطمینان دارند که بتوانند عمل یا کار خاصی را در ارتباط با بیماری انجام دهند؟ تعداد ۲۹ سؤال در این پرسشنامه در نظر گرفته شد که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم امتیاز ۱ و خیلی زیاد امتیاز ۵) نمره‌گذاری گردید. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده خودکارآمدی بهتر بود. در این مطالعه برای تعیین روایی علمی ابزار از روش روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد و نظرات اصلاحی

۱۲ نفر از اعضای هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ و اعمال گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه، ۲۰ نفر از بیماران شرکت کننده پرسشنامه را تکمیل کردند و آلفای کرونباخ (۰/۹۲) محاسبه شد. نمونه‌گیری در این پژوهش به روش در دسترس صورت گرفت. بدین منظور پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و جلب مشارکت و کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آن‌ها، بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه دارای معیارهای ورود به پژوهش در یکی از دو گروه تجربه یا کنترل قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، خودکارآمدی، توسط نمونه‌های پژوهش در هر دو گروه کنترل و تجربه، تکمیل شد.

در زمان اجرای برنامه آموزشی، گروه کنترل مراقبت معمول شامل درمان‌های دارویی و توصیه به مصرف غذای کم نمک و کم چربی را دریافت کرد و گروه تجربه علاوه بر دریافت مراقبت معمول در برنامه خودتدبیری شرکت کرد. در این برنامه که با برگزاری کارگاه یک روزه (۴ ساعت) با حضور بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه در هر کارگاه حداکثر ۱۵ نفر از بیماران شرکت داشتند انجام شد، ابتدا در مورد کارگاه و اهداف آن توضیح داده شد و با شرکت کنندگان براساس معیار مهارت شکل‌گیری ارتباط درمانی بین مراقبت کننده و بیمار ارتباط برقرار شد. سپس مطالب آموزشی در مورد ماهیت بیماری هیپرتانسیون، عوامل خطر، عوارض و روش‌های کنترل، اصول دارو درمانی و عوارض داروها (حیطه مدیریت درمانی)، تقویت رفتارهای صحیح و تغییر در رفتارهای غیر بهداشتی (حیطه مدیریت نقش) و روش‌های کاهش استرس و مدیریت عواطفی مانند عصبانیت، ترس و ناامیدی و ... (حیطه عاطفی) توسط پژوهشگر به روش سخنرانی در مدت ۱۰۰ دقیقه در دو مقطع زمانی ۵۰ دقیقه‌ای با استراحت ۱۵ دقیقه‌ای در بین دو سخنرانی ارائه شد. قسمت دوم کارگاه که ۲ ساعت طول کشید، چند

سناریو در ارتباط با موقعیت‌هایی که بیمار دچار هیپرتانسیون ممکن است با آن مواجه شود ارائه گردید و به روش بحث در گروه‌های کوچک، بیماران اطلاعات کسب شده در کارگاه را به کار گرفته، سپس نتیجه بحث گروهی و روش‌های برخورد و اداره چالش‌های مطرح شده از طرف هر گروه در کارگاه ارائه و روش اداره صحیح موقعیت‌های طرح شده جهت تقویت مهارت حل مسئله و مهارت تصمیم‌گیری مشخص گردید (مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری) (۳۰). همچنین در کارگاه روش صحیح اندازه‌گیری فشار خون به بیماران آموزش داده شد و تمرین گردید و از نحوه آموختن انجام صحیح اندازه‌گیری فشارخون توسط بیمار اطمینان حاصل گردید. سپس کتابچه آموزشی و محتوای سناریو، در اختیار بیماران قرار داده شد. در مرحله بعد، پیگیری تلفنی به مدت ۸ هفته با محتوای تشویق کلامی، پرسش و پاسخ و تقویت آموزش‌ها به صورت هفته‌ای یک بار به مدت حداقل ۱۰ دقیقه (براساس نیاز بیماران) توسط محقق انجام شد. تماس‌های تلفنی در طول روز و طبق توافق پژوهشگر و واحد‌های مورد پژوهش صورت گرفت. در پایان هفته هشتم، در ملاقات حضوری پرسشنامه خودکارآمدی، در هر دو گروه کنترل و تجربه تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 استفاده گردید. برای تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرها از آمار توصیفی و برای مقایسه نمرات کل خودکارآمدی قبل و ۸ هفته بعد از مداخله از آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک (جدول شماره ۱) و مشخصات مربوط به بیماری (جدول شماره ۲) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از مجموع ۱۵۰ شرکت‌کننده، اکثریت (۷۰ درصد) زن، متأهل (۸۲ درصد) بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ۵۴/۰۹ سال و با انحراف معیار ۱۰/۵۳ در گروه

تجربه ۵۵/۳۳ با انحراف معیار ۹/۳۷ بود. اکثریت شرکت‌کنندگان (۶۰/۷ درصد) زیردیپلم و کمترین (۱۴/۷ درصد) افراد دانشگاهی بودند. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان (۴۷/۲) درآمد درحد متوسط، ۴۸/۷ درصد واحدهای مورد پژوهش چاق ($BMI > 30$) بودند. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان (۳۱/۳) کمتر از ۲ سال از بیماری آن‌ها گذشته بود. اکثر بیماران (۸۸ درصد) سابقه خانوادگی بیماری هیپرتانسیون را ذکر کردند. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان (۵۳/۳) از روش‌های دارویی برای درمان هیپرتانسیون استفاده می‌کردند. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۸/۶) از

جدول شماره ۱: توزیع متغیرهای دموگرافیک در افراد مبتلا به هیپرتانسیون به تفکیک گروه کنترل و تجربه

متغیر	گروه		نتیجه آزمون
	تعداد (درصد)	تجربه تعداد (درصد)	
سن			
۳۰-۳۹ سال	۳ (۴)	۱۰ (۱۳/۳)	۰/۴۴
۴۰-۴۹ سال	۲۰ (۲۶/۷)	۱۲ (۱۶)	
۵۰-۵۹ سال	۲۷ (۳۶)	۲۸ (۳۷/۳)	
۶۰-۶۹ سال	۲۵ (۳۳/۳)	۲۵ (۳۳/۳)	
جنس			
مرد	۲۰ (۲۶/۷)	۲۵ (۳۳/۳)	۰/۳۷
زن	۵۵ (۷۳/۳)	۵۰ (۶۶/۷)	
تأهل			
مجرد	۲ (۲/۷)	۵ (۶/۷)	۰/۴۷
متأهل	۶۲ (۸۲/۷)	۶۱ (۸۱/۳)	
همسر فوت شده و متارکه	۱۱ (۱۴/۷)	۹ (۱۲)	
تحصیلات			
کمتر از دیپلم	۴۴ (۵۸/۷)	۴۷ (۶۲/۷)	۰/۸۵
دیپلم	۱۹ (۲۵/۳)	۱۸ (۲۴)	
دانشگاهی	۱۲ (۱۶)	۱۰ (۱۳/۳)	
شغل			
خانه دار	۵۱ (۶۸)	۴۱ (۵۴/۷)	۰/۲۱
آزاد	۷ (۹/۳)	۱۳ (۱۷/۳)	
کارمند	۳ (۴)	۷ (۹/۳)	
بازنشسته	۱۴ (۱۸/۷)	۱۴ (۱۸/۷)	
BMI			
طبیعی (۲۰-۲۴/۹)	۸ (۱۰/۷)	۹ (۱۲)	۰/۲۴
اضافه وزن (۲۵-۲۹/۹)	۳۳ (۴۴)	۲۷ (۳۶)	
چاقی (> ۳۰)	۳۴ (۴۵/۳)	۳۹ (۵۲)	
کفایت میزان درآمد			
کفایت می کند	۱۳ (۱۹/۴)	۱۷ (۲۲/۷)	۰/۲۲
ناحدهی کفایت می کند	۲۸ (۴۱/۸)	۳۹ (۵۲)	
کفایت نمی کند	۲۶ (۳۸/۸)	۱۹ (۲۵/۳)	

جدول شماره ۲: توزیع متغیرهای مشخصات مربوط به بیماری بیماران مبتلا به هیپرتانسیون به تفکیک گروه کنترل و تجربه (قبل از مداخله)

متغیر	گروه		نتیجه آزمون
	تعداد (درصد)	تجربه (تعداد (درصد))	
طول مدت بیماری			
کمتر از دو سال	۲۶ (۳۴/۷)	۲۱ (۲۸)	۰/۱۶
۱ تا ۲ سال	۱۷ (۲۲/۷)	۲۵ (۳۳/۳)	
۳ تا ۶ سال	۱۸ (۲۴)	۱۰ (۱۳/۳)	
بیش از ۱۰ سال	۱۴ (۱۸/۷)	۱۹ (۲۵/۳)	
سابقه خوارگی هیپرتانسیون			
دارد	۶۶ (۸۸)	۶۶ (۸۸)	۱
ندارد	۹ (۱۲)	۹ (۱۲)	
نوع کنترل بیماری			
دارو درمانی	۴۱ (۵۴/۷)	۳۹ (۵۲)	۰/۴۲
مورد اول و دوم (تعدیل سبک زندگی و دارو درمانی)	۲۹ (۳۸/۷)	۳۴ (۴۵/۳)	
هیچکدام	۵ (۶/۷)	۲ (۲/۷)	
نوع داروی مصرفی			
بتا بلوکر	۲۲ (۲۹/۳)	۲۳ (۳۰/۷)	۰/۶
مدرها	۳ (۴)	۶ (۸)	
بازدارنده آنژیوتانسین	۱۲ (۱۶)	۱۹ (۲۵/۳)	
کلسیم پلوکر	۴ (۵/۳)	۳ (۴)	
ترکیبی	۳۴ (۴۵/۴)	۲۴ (۳۲)	
اندازه گیری فشارخون			
دارد	۲۹ (۳۸/۷)	۳۸ (۵۰/۷)	۰/۱۳
ندارد	۴۶ (۶۱/۳)	۳۷ (۴۹/۳)	
توانایی در اندازه گیری فشارخون			
دارد	۲۵ (۳۳/۳)	۳۴ (۴۵/۳)	۰/۱۳
ندارد	۵۰ (۶۶/۷)	۴۱ (۵۴/۷)	
توالی اندازه گیری فشارخون			
روزانه	۲ (۲/۷)	۸ (۱۰/۷)	۰/۲۶
هفته ای	۱۶ (۲۱/۳)	۱۶ (۲۱/۳)	
ماهانه	۲۰ (۲۶/۷)	۱۸ (۲۴)	
در صورت مراجعه به درمانگاه یا مطب	۳۷ (۴۹/۳)	۳۳ (۴۴)	

گروه قبل از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان می‌دهد بین گروه کنترل و تجربه از نظر میزان خودکارآمدی قبل از مداخله همگن می‌باشند ($p=0/1$). این در حالی است که بین گروه کنترل و تجربه از نظر میزان خودکارآمدی بعد از اجرای مداخله اختلاف آماری معنی‌دار وجود دارد ($p=0/00$). یعنی اجرای برنامه خودتدبیری توانسته است سطح خودکارآمدی بیماران را افزایش دهد. میانگین میزان خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه کنترل ($3/09$) بوده است که نسبت به قبل از مداخله کاهش داشته است. نتیجه آزمون آماری تی زوجی که جهت مقایسه هر یک از گروه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان می‌دهد بین میزان خودکارآمدی قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳) ولی این اختلاف در جهت کاهش میانگین میزان خودکارآمدی بوده است، به طوری که درصد تغییر میانگین آن برابر ($2/21$) بوده است. در حالی که درصد تغییر میانگین میزان خودکارآمدی بعد از مطالعه در گروه تجربه ($31/31$) در جهت افزایش میزان خودکارآمدی بوده است، به طوری که میانگین میزان خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه تجربه به $3/90$ رسیده است.

جدول شماره ۳: مقایسه تغییرات خودکارآمدی در دو گروه کنترل و تجربه قبل و ۸ هفته بعد از مداخله بیماران هیپرتانسیون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه	میزان خودکارآمدی		نتیجه آزمون تی زوجی
	زمان	هشت هفته بعد از مداخله	
کنترل	$3/16 \pm 0/71$	$3/09 \pm 0/63$	$t=2/1$ $df=74$ $p=0/03$
تجربه	$2/97 \pm 0/66$	$3/90 \pm 0/35$	$t=-17/47$ $df=74$ $p=0/00$
نتیجه آزمون تی مستقل	$t=1/62$ $df=148$ $p=0/1$	$t=-9/56$ $df=148$ $p=0/001$	

داروهای ترکیبی برای کنترل فشارخون استفاده می‌کردند. بیشترین درصد شرکت کنندگان ($55/3$) اندازه گیری فشارخون در منزل نداشتند و همچنین بیشترین درصد بیماران ($60/7$) قادر نبودند، فشارخون خود را اندازه گیری کنند.

میانگین میزان خودکارآمدی در دو گروه کنترل و تجربه قبل از مداخله با انحراف معیار $3/06 \pm 0/68$ بوده است، که این میزان بعد از مداخله به میانگین و انحراف معیار $3/49 \pm 0/49$ رسیده است. همچنین میانگین میزان خودکارآمدی گروه کنترل ($3/16$) بیشتر از میانگین میزان خودکارآمدی گروه تجربه ($2/97$) می‌باشد. نتیجه آزمون آماری تی مستقل که جهت مقایسه دو

در گروه کنترل قبل از مداخله ۶۸ درصد افراد خودکارآمدی در حد متوسط داشتند که این میزان، بعد از مداخله به ۷۲ درصد (حد متوسط) رسید. همچنین در گروه تجربه قبل از مداخله ۶۹/۳ درصد افراد خودکارآمدی در حد متوسط داشتند، این در حالی است که بعد از مداخله، ۷۲ درصد افراد از خودکارآمدی بالا برخوردار شدند.

بحث

نتایج مداخله نشان داد که برنامه خودتدبیری بر امتیازات کلی خودکارآمدی بیماران هیپرتانسیونی تأثیر مثبت داشته است. این نتایج همسو با نتایج مطالعه Sol و همکاران (۲۰۰۶) در کشور هلند در مورد بیماران قلبی-عروقی انجام شد که در آن مداخلات پرستاری بر مبنای مشارکت بیماران در درمان و یادگیری خودتدبیری بوده، از بین ۹ زیرگروه مربوط به خودکارآمدی، تأثیر مداخلات پرستاری در ۲ زیرگروه معنی‌دار گزارش شده است (۲۶). همچنین همسو با نتایج مطالعه کفعمی در (۱۳۸۸) با عنوان تأثیر برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به MS (Multiple Sclerosis) می‌باشد که بعد از مداخله و دو ماه بعد از آن، در خودکارآمدی و زیر مقیاس‌های آن (به جز کمک گرفتن از دیگران و ارتباط با پزشک) اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/05$) (۳۱) بالجانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ پژوهشی تحت عنوان «تأثیر مداخلات پرستاری در ارتقاء خودکارآمدی در بیماران قلبی-عروقی» انجام دادند نتایج نشان داد مداخلات ارتقاء خودکارآمدی بر امتیازات خودکارآمدی بیماران تأثیر مثبت داشته، میزان خودکارآمدی بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله به‌طور معنی‌داری تغییر و افزایش یافته است و این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. به‌طوری که در پژوهش حاضر نیز میانگین میزان خودکارآمدی هشت هفته بعد از مداخله در مقایسه با قبل افزایش

معنی‌دار داشته است (۳۲). از سویی دیگر این نتایج با نتایج مداخله Elzen و همکاران در سال ۲۰۰۷ که در زمینه تأثیر برنامه خودتدبیری بر خودکارآمدی و وضعیت سلامت در افراد مسن مبتلا به بیماری‌های مزمن در کشور هلند انجام شد، مغایرت دارد. نتایج نشان داد که در میانگین خودکارآمدی کل و زیر مقیاس‌های آن در گروه مداخله افزایش دیده می‌شود، اما این افزایش به نحوی نبوده است که بتواند در سه هفته قبل و پایان جلسات تفاوت معنی‌داری ایجاد نماید ($p > 0/05$) (۳۳). به نظر می‌رسد مسن بودن بیماران و شرایط متفاوت بیماری از یک سو و عدم انجام پیگیری توسط پژوهشگر مانع از تأثیر قابل توجه این مداخله در بیماران شده است. از سویی دیگر مغایر با مطالعه Hass و همکاران در سال ۲۰۰۵، در زمینه تأثیر برنامه خودتدبیری بر میزان ناتوانی عملکردی، خودکارآمدی و وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در ایالات متحده آمریکا در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در کشور آمریکا انجام شد، می‌باشد که تفاوت معنی‌دار در میانگین خودکارآمدی بعد از مداخله در مقایسه با قبل از آن مشاهده نشد ($p = 0/37$) و در وضعیت سلامت هم تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/274$)، ولی در تعداد روزهای تجربه درد و ناتوانی عملکردی ($p = 0/005$) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۳۴). البته به نظر می‌رسد که وجود درد در بیماران مبتلا به کمردرد مانع از تأثیر قابل توجه اجرای برنامه خودتدبیری شده است. از محدودیت‌های این پژوهش، خصوصیات متفاوت روحی روانی، تفاوت در تعاملات فردی بین بیماران، تفاوت در انگیزه و تفاوت‌های شخصی واحدهای مورد پژوهش عواملی بودند که امکان داشت در یادگیری، احساس خودکارآمدی بیماران تأثیرگذار باشد و کنترل این شرایط از عهده پژوهشگر خارج بود. از آنجایی که اجرای برنامه خودتدبیری در این پژوهش، منجر به ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه گردیده است، این روش

سپاسگزاری

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران و دانشکده پرستاری مامایی تهران بوده است. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت تمامی کسانی که به نحوی در انجام این مطالعه ما را یاری کردند، همچنین بیماران و همکاران درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می‌نمایم.

می‌تواند برای متقاعد کردن بیماران به انجام تغییرات رفتاری و پایبندی به رژیم‌های غذایی، دارویی و ورزش و فعالیت فیزیکی و در نتیجه کنترل فشارخون مناسب و کارآمد باشد. به نظر می‌رسد جایگزین کردن روش‌های سنتی آموزش با برنامه خودتدبیری که در آن بیمار، کنترل بیماری خود را به عهده می‌گیرد، در کاهش عوارض پرخطر بیماری هیپرتانسیون و همچنین کاهش هزینه‌های بهداشتی-درمانی منطقی و مفید باشد.

References

1. Elmer P. Effect of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, & blood pressure control: 18- month results of a randomised trial. *Ann Intern Med* 2006; 144(7): 485-495.
2. 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): 209-216.
3. Mohammadi M, Dadkhah B, Mozaffari N. The effect of follow up on control of hypertension on hypertensive patient. *J Ardebil Univ Med Sci* 2006; 6(2): 156-162 (Persian).
4. Woods SL, Sivarajan ES, Underhill M, Bridges EJ. *Cardiac nursing* Printed in china. 1st ed. Philadelphia: Lippincott and Wilkins; 2010.
5. Moser D, Riegel B. *Cardiac nursing: A companion to Braunwalds heart disease*. 1th ed. Saunders: St. Louis; 2008.
6. Hayes A, Morzinski J, Ertl K, Wurm C, Patterson L, Wilke N, et al. Preliminary Description of the Feasibility of Using Peer Leaders to Encourage Hypertension Self Management. *WMJ* 2010; 109(2): 85-90.
7. Delavari A, Horri N, Alikhani S, Mahdavi A, Hoseini M, et al. Prevalence of Hypertension in Iranian Urban and Rural Populations Aged over 20 years in 2004. *J Mazand Univ Med Sci* 2007; 17(58): 79-86 (Persian).
8. McManus RJ, Bray EP, Mant J, Holder R, Greenfield S, Bryan S, et al. Protocol for a randomised controlled trial of telemonitoring and self-management in the control of hypertension: telemonitoring and self-management in hypertension. *BMC Cardiovasc Disord* 2009; 9: 6.
9. Gozum S, Hacıhaasanoglu R. Reliability and validity of the turkish adaptation of medication adherence self efficacy scale in hypertension patient. *Eur J Cardio Nurs* 2009; 8(2): 129-136.
10. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary Am, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve Hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151(10): 687-695.
11. Cutler J, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment and control rate in the united state adults between 1988-

- 1994 and 1999-2004. Hypertension 2008; 52(5): 818-827.
12. Lloyd-jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics committee and stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009; 119(3): 408-406.
13. Joeke K, Maes S, Warrens M. predicting quality of life & self-management from dyadic support & overprotection after myocardial infarction. British Journal of Health Psychology 2007; 12(pt4): 473-489.
14. Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. Fam Prac 2007; 24(3): 259-262.
15. Redman BK. Patient self management of chronic disease. The health care providers challeng. 1st ed. London: Sudbury MA Jones and Bartett publishers; 2004.
16. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions:a review Patient Educ Couns 2002; 48(2): 177-187.
17. Gold DT, Silverman SL. Osteoporosis self-management: choices for better bone health. Journal Southern Medical 2004; 97(6): 551-554.
18. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the millennium. Health Aff (Millwood) 2009; 28(1): 75-85.
19. Lorig R, Holman R. self-management education: history, definition, outcomes, & mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26(1): 1-7.
20. Vrijhoef HJM, Diederiks JPM, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BHR, Van Wilderen LJGP. The nurse specialist as main care-provider for patient with type 2 diabetes in the primary care setting: effects on patient outcomes. Int J Nursing Studies 2002; 39(4): 441-451.
21. Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan M. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations-a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2009; 7(86): 1-10.
22. Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self management and behavior modification in COPD. Patient Educ Couns 2004; 52(3): 271-277.
23. Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths C. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev 2007; 4: CD005108.
24. Siu AM, Chan CC, Poon PK, Chui DY, Chan SC. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. Patient Educ Couns 2007; 65(1): 42-50.
25. Xue F, Yao W, Levin J. A randomised trial of a 5 week, Manual based, Self management program for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. Biomed Central Cardiovascular Disorder 2008, 8(10): 10-11.
26. Sol B, Van der graaf, van der biil jj, Visseren FL, Goessens NB. Self efficacy in patients with clinical manifestations of vascular disorder. Patient Educ Couns 2006; 61(3): 443-448.
27. Marks R, Allegeant JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health

- education practice. *Health Promote Pract* 2005; 6(1): 37-43.
28. Rafieifar Sh, Attarzade M. Empower people for self care. 1st ed. Tehran Mehr Ravesh Pub. 2005 (Persian).
29. Yates T, Davies M, Gorely T, Bull F, Khunti K. Effectiveness of a pragmatic education program designed to promote walking activity in individuals with impaired glucose tolerance: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2009; 32(8): 1404-1410.
30. Lorig K. Chronic disease self management program. Available at: URL://patienteducation.standord.edu/programs/cdsmp.html. Update January 16, 2008.
31. Kafami F. The effective of self management program on self efficacy and health position in MS patients. Thesis for Degree of Master of Science. Iran. Univ of Welfare and Rehabilitation Sci. 2009.
32. Baljani E, Rahimi Kh, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjo M. The effect of nursing intervention on self efficacy and decrease vascular risk factor in cardiovascular patients. *Hayat* 2011; 17(1): 45-54 (Persian).
33. Elzen H, Slaets JP, Snijders TA, Steverink N. Evaluation of chronic disease self management program among chronically ill older people in the Nethrelands. *Social Science & Mdicine* 2007; 64(1): 1839-41.
34. Hass M, Group E, Muench J, Kramer D, Brammel KS, Sharma R, et al. Chronic disease self management program for low back pain in the elderly. *J Manipulative Physiol Ther* 2005; 28(4): 228-237.