ORIGINAL ARTICLE

# *The Effect of Islamic Self-Care Model on Blood Pressure and Medication Compliance in the Elderly with Hypertension: A Randomized Controlled Trial*

Fateme Jahanbakhsh[1],
Ehteram Sadat Ilali[2],
Zahra Kashi[3],
Zeinab Gholamnia[4],
Alireza Ghaemi[5],
Manizheh Zakizad Abkenar[6]

[1] MSc Student in Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Nutrition, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 31, 2022; Accepted December 23, 2023)

## *Abstract*

**Background and purpose:** Many patients fail to reach the expected results, even with the very considerable strides forward in the treatment of hypertension (HTN). They undergo serious complications after this condition remains uncontrolled. Patients' perceptions regarding the importance of Islamic self-care may be the occasion for managing chronic diseases. The present study aimed to investigate the effectiveness of the Islamic self-care model on blood pressure (BP) and medication adherence (MA) among older adults living with HTN.

**Materials and methods:** Utilizing a randomized controlled trial in 2019 in Amol City of Iran, 60 elderly patients suffering from high blood pressure were assigned to two intervention and control groups in the form of random block allocation. Then, their BP and MA were measured using a dial sphygmomanometer and Morisky questionnaire, respectively. Designed for four weeks, the intervention group participated in an HTN-management education program, putting much emphasis on proper nutrition within the framework of the Islamic self-care model and gaining divine satisfaction. Simultaneously, the control group received a similar scientific HTN management and medication adherence education program. Following the re-measurement of BP and MA in both groups, the data were analyzed using descriptive statistical tests, Chi-square, Fisher, independent-samples t-test, and analysis of covariance.

**Results:** In the pre-intervention phase, there was no significant difference between the two groups in the mean BP indices and MA. At the post-intervention, results revealed a significant reduction in the average systolic blood pressure (133.125±8.95) and diastolic (78.33±61.4) of the Islamic self-care group compared to systolic blood pressure (141.33±10.16) and diastolic (82.0±4.27) in the control group (P>0.001). Also, there was a significant improvement in the MA score in the Islamic self-care group (1.07±1.01) compared to the control group (2.43±1.38) (P<0.001).

**Conclusion:** The Islamic self-care model was found to be effective in managing the average BP and MA of patients.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20200118046170N2)

***Keywords:*** hypertension, medication adherence, Islamic self-care, elderly

**J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 33 (228): 22-34 (Persian).**

**Corresponding Author: Manizheh Zakizad Abkenar -** Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: Zakizadeha@yahoo.com)

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۸ دی سال ۱۴۰۲ (۳۴-۲۲)

# تاثیر مدل خود مراقبتی اسلامی بر فشارخون و تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون: یک کارازمایی کنترل شده تصادفی

**فاطمه جهانبخش**[۱]
**احترام السادات ایلالی**[۲]
**زهرا کاشی**[۳]
**زینب غلام نیا**[۴]
**علیرضا قائمی**[۵]
**منیژه زکی زاد آبکنار**[۶]

## چکیده

**سابقه و هدف:** علی‌رغم پیشرفت‌های بزرگ در درمان فشارخون بالا، بسیاری از بیماران هنوز به نتایج مطلوب دست نمی‌یابند و به دلیل فشارخون بالای کنترل نشده عوارض ویرانگری را تجربه می‌کنند. درک بیماران از نقش خود مراقبتی اسلامی می‌تواند سبب مدیریت بیماری‌های مزمن شود. در این پژوهش اثر بخشی مدل خود مراقبتی اسلامی بر فشارخون و تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۹ در شهرستان آمل، ۶۰ نفر از بیماران سالمند مبتلا به پرفشاری خون به صورت تخصیص تصادفی بلوکی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. میزان فشارخون بیماران با استفاده از دستگاه فشارسنج عقربه‌ای و میزان تبعیت دارویی با پرسشنامه موریسکی اندازه‌گیری شد. طی چهار هفته به گروه خود مراقبتی اسلامی آموزش‌های کنترل فشارخون با محوریت تغذیه صحیح در چارچوب روش خود مراقبتی اسلامی و با هدف جلب رضایت الهی ارائه شد. طی این مدت گروه کنترل نیز آموزش‌های مشابه علمی مرتبط با کنترل فشارخون را دریافت نمود. پس از اندازه‌گیری مجدد میزان فشارخون و تبعیت دارویی بیماران دو گروه، داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی، کای اسکوئر، فیشر، T زوجی و تحلیل کوواریانس مورد بررسی و پردازش قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در مرحله قبل از مداخله اختلاف میانگین شاخص‌های فشارخون و تبعیت دارویی بین دو گروه معنی‌دار نبود. نتایج مرحله پس از مداخله بیانگر کاهش معنی‌دار میانگین فشارخون سیستولیک (۸/۹۵±۱۳۳/۱۲۵) و دیاستولیک (۶۱/۴±۷۸/۳۳) گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با فشارخون سیستولیک (۱۰/۱۶±۱۴۱/۳۳) و دیاستولیک (۴/۲۷±۸۲/۰) گروه کنترل بود (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین بهبود معنی‌دار نمره تبعیت دارویی در گروه خود مراقبتی اسلامی (۱/۰۱±۱/۰۷) در مقایسه با گروه کنترل (۱/۳۸±۲/۴۳) دیده شد (P<۰/۰۰۱).

**استنتاج:** مدل خود مراقبتی اسلامی در کنترل میانگین فشارخون و میانگین تبعیت دارویی بیماران تاثیرگذار بود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۲۰۰۱۱۸۰۴۶۱۷۰N۲

**واژه های کلیدی:** پرفشاری خون، تبعیت دارویی، خود مراقبتی اسلامی، سالمندان

**مولف مسئول: منیژه زکی زاده آبکنار**– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه E-mail: Zakizadeha@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه پرستاری سالمندان، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استاد، گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
۵. استادیار، گروه علوم تغذیه، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استادیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۵/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۶/۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۱۰/۲

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

## مقدمه

رشد جمعیت سالمند ایران طی سال‌های ۱۹۵۰-۲۰۲۰ بالاتر از میانگین جهانی یعنی ۶ برابر بوده است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ میلادی درصد سالمندان ایران به ۳۱/۲ درصد برسد و ایران جزء پیرترین کشورها شده و میانگین تعداد سالمندان آن از میانگین جهان و آسیا بیش‌تر شود، چنان‌که از هر سه نفر، یک نفر سالمند باشد(۱). یکی از مهم‌ترین علل کنترل و درمان فشارخون بالا صدماتی است که به اندام‌های هدف مانند سیستم قلبی عروقی، مغز، چشم و کلیه می‌زند. اگر هیپرتانسیون کنترل نشود نیمی از بیماران به‌علت عوارض قلبی عروقی و یک سوم به علت عوارض مغزی و ۱۰ درصد به علت عوارض کلیوی فوت می‌شوند(۲). در پی وقوع فشارخون بالا، کنترل آن از اهمیت خاصی برخوردار است تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشارخون به حداقل برسد(۳). برای درمان پرفشاری خون مداخلات مختلفی انجام می‌شود که می‌توان آن‌ها را به دو دسته کلی مداخلات دارویی و غیر دارویی تقسیم کرد. درمان غیردارویی به‌عنوان درمان کمکی درکنار داروها توصیه شده است. در موفقیت درمان پرفشاری خون، تبعیت از دستورات پزشک به ویژه دستورات مربوط به مصرف درست و به موقع داروهای کاهش‌دهنده فشارخون نقش مهمی دارد(۴). تبعیت دارویی عبارت است از حدودی که رفتار بیمار در قبال مصرف دارو با توصیه‌های پزشک یا کارشناس بهداشتی هماهنگی دارد و از آن‌جاکه تبعیت از برنامه‌های درمانی و داروهای تجویز شده یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد، در صورت عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی بیماران گرفتار عواقب وخیم از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده و به درمان‌های فوری و بستری در بیمارستان نیاز خواهند داشت. هم‌چنین عدم تبعیت از رژیم دارویی و غیر دارویی با عوارض پرفشاری خون مانند بروز سکته‌ها، مرتبط می‌باشد(۶،۵).

کنترل فشارخون به درجه معینی از خود مراقبتی نیاز دارد. فرایند خود مراقبتی شامل، کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، سیگار نکشیدن، انجام ورزش، دوری از فشارهای روحی روانی، تغذیه سالم و کاهش وزن می باشد(۸،۷). انجام خود مراقبتی علاوه بر کسب استقلال مددجو و صرفه جویی اقتصادی، باعث کاهش اثرات بیماری و ناتوانی و کاهش دوره بستری در بیمارستان شده که در نهایت به ارتقا سطح سلامت در جامعه منجر می‌شود(۹). تمرین اصلی خود مراقبتی فشارخون بالا شامل کاهش وزن به میزان وزن طبیعی بدن، داشتن یک رژیم غذایی غنی از میوه و سبزیجات، محدودیت سدیم در رژیم غذایی، انجام فعالیت‌های هوازی منظم مانند پیاده‌روی سریع به‌مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز در بیش‌تر روزهای هفته، عدم مصرف الکل و ترک سیگار می‌باشد(۱۰).

پژوهش‌های متعدد مویدآن است‌که رعایت رفتارهای مربوط به خود مراقبتی در پرفشاری خون، اساسا می‌تواند در تنظیم فشارخون کمک‌کننده باشد(۱۲،۱۱). روش هر فرد برای انجام رفتارهای خود مراقبتی با توجه به فرهنگ، منابع در دسترس و توانایی‌های وی متفاوت می‌باشد که به تبع آن روش‌های آموزشی متفاوتی نیاز دارد(۱۳). برای انگیزش رفتار از درون تأثیر چیزی همانند باور و اعتقاد درونی نیست. لذا مؤثرترین شیوه آموزش بهداشت نزد مردم با ایمان، بهره‌گیری از انگیزه‌های اعتقادی آن‌ها است(۱۴).

دین اسلام برای مسئله خود مراقبتی در حوزه سلامت اهمیت خاصی قائل است وجهت ترغیب رفتارهای خود مراقبتی دستورات جالب و کاملی دارد. یکی از روش‌هایی که آموزش‌های اسلامی در قالب آن شکل می‌گیرد روش (مراقبه النفس یا محاسبه‌النفس) می‌باشد. مراقبه، پایش یا Monitoring درحقیقت همان تقوا و خویشتن پایی است‌که اجزای آن شامل، مشارطه، مراقبه، محاسبه، معاتبه می‌باشد.

مشارطه: در لغت به معنی شرط کردن با خود می‌باشد، یعنی انسان با خود شرط می‌کند که مرزهای الهی را پاس بدارد و بر خلاف عهد و پیمان الهی عمل نکند و تا آن‌جاکه ممکن است، به خیر و نیکی اقدام نماید به عبارتی عهد کردن و تعهد بیمار (جهت پایبندی به قراردادها مانند نکات آموزشی و مراقبتی) می‌باشد.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

مراقبه: برای این که انسان به این عهد و پیمان وفادار بماند، باید در هر حال خداوند متعال را ناظر بر اعمال خود بداند به عبارتی تلاش جهت اجرای نکات تعهد شده و توجه مداوم به کنترل رفتار، همزمان با توجه به حضور خداوند به عنوان یک ناظر برتر، داشته باشد.

محاسبه: عبارت است از این که حساب نفس را بکشی در این شرطی که با خدای خود کردی آیا به‌جای آوردی و با ولی نعمت خود در این معامله جزئی خیانت نکردی؟ به عبارتی یادآوری و ارزشیابی موارد انجام و یا عدم انجام رفتارهای تعهد شده است.

معاتبه: یعنی این‌که پس از محاسبه و در صورت مشاهده کوتاهی و قصور در شرط و عهد و پیمان، انسان در مقام تادیب نفس خود برآید. به عبارتی تقویت مثبت و منفی رفتارها، پاداش و تنبیه، است(۱۵).

پرستاران نقش مهمی در ایجاد آرامش درونی بیماران داشته و بیش‌ترین ارتباط را با سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی و درمانی برقرار می‌کنند لذا فرصت بیش‌تری برای پرداختن به مسائل معنوی سالمندان در اختیار دارند. بهره‌گیری از برنامه‌های خود مراقبتی مبتنی بر سلامت معنوی به عنوان یک روش ایمن، غیر دارویی، غیر تهاجمی و کم هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روان شناختی که به راحتی قابل آموزش به مددجو می‌باشد، ضروری است. با توجه به موفقیت روش خود مراقبتی اسلامی در یک کارآزمایی بالینی در بیماران دیابتی و شیوع بالای فشارخون در سالمندان و مشاهده مطالعات‌اند که در خصوص تاثیر دین اسلام و بویژه مدل‌های خود مراقبتی این مذهب در ارتقای سلامت جسمانی، در این مطالعه به بررسی اثر بخشی روش خود مراقبتی اسلامی بر فشارخون و تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به فشارخون، پرداخته شد(۱۶،۱۴).

## مواد و روش ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار، با تخصیص تصادفی با کد IRCT به شماره IRCT20200118046170N2، می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ در شهرستان آمل انجام گرفت و پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران، با کد IR.MAZUMS.REC.1399.5521 ثبت گردیده است. جامعه آماری شامل بیماران سالمند مبتلا به پر فشاری خون، مراجعه کننده به بیمارستان های امام رضا (ع)، ۱۷ شهریور، امام علی (ع) شهر آمل بود. حجم نمونه با استناد به نتایج پژوهش اطهرالسادات میرکریمی تحت عنوان اثر برنامه آموزشی تعدیل سبک زندگی بر تبعیت از رژیم غذایی و فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۲۳ نفر به‌دست آمد(۱۸). با به‌کارگیری فرمول پوکاک جهت مقایسه برآورد میانگین دو گروه، توان آزمون معادل ۹۵ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد و با احتساب ۳۰ درصد ریزش تعداد نمونه‌ها در هر گروه به ۳۰ نفر افزایش یافت. به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا در زمان نمونه گیری و احتمال ریزش بیش‌تر نمونه‌ها، تصمیم گروه پژوهش بر آن شد تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه به ۷۰ نفر(هر گروه ۳۵ نفر) افزایش یابد.

$$\frac{\left(s^2{}_1+s^2{}_2\right)}{\left(\mu_1-\mu_2\right)^2} f(\alpha,\beta)=\frac{\left(8.77^2+9.51^2\right)}{\left(142.41-152.14\right)^2}\times 13=23+30\%=30$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دارا بودن سن ۶۰ سال و بالاتر، فشارخون سیستولیک ۱۳۰ ≤ و دیاستولیک ۸۰ ≤ میلی‌متر جیوه حین تشخیص بیماری، مصرف حداقل یک داروی فشارخون طی سه ماه گذشته، هوشیاری کامل، برخورداری از توانایی‌های شنیداری، گفتاری و برقراری ارتباط، BMI≤30 کیلوگرم بر متر مربع، داشتن سواد کافی بیمار و همراه جهت خواندن و نوشتن، ایرانی و مسلمان بودن، علاقه مند به شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری فشارخون، عدم اختلال شناختی با کسب نمره ۷ و بیشت ر از مقیاس کوتاه شده شناختی AMT (Abbreviated Mental Test)، عدم افسردگی شدید با کسب نمره بالای ۱۱ درمقیاس افسردگی سالمندان

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

GDS (Geriatric Depression Scale)، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد (قلبی، کلیوی، کبدی، تنفسی، بدخیمی‌ها)، عدم سکته مغزی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل، عدم مصرف داروهای تزریقی کنترل کننده فشارخون، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی کنترل فشارخون و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل بیمار به ادامه مشارکت در پژوهش، بروز مشکلات نیازمند مداخله درمانی، عدم امکان برقراری تماس، عدم حضور در کلاس به مدت دو جلسه و بیش تر، تغییر رژیم غذایی در مدت تحقیق، مسافرت یا نقل مکان در جریان پژوهش، بستری در بیمارستان یا عمل جراحی در طول مطالعه بودند(۱۴،۲۲-۱۷).

ابتدا از بیماران واجد معیارهای ورود، جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. با رعایت مفاد بیانیه هلسینکی و استفاده از فرم ویژه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بیماران علاقمند به شرکت در پژوهش با جزئیات طرح و حقوق خود آشنا شده و سپس فرم رضایت آگاهانه به رویت و امضای بیماران رسید. برای نمونه‌گیری ابتدا از روش در دسترس و سپس تخصیص تصادفی بلوکی با بلوک‌های چهارتایی استفاده شد. به گروه خود مراقبتی اسلامی حرف A و به گروه کنترل حرف B اختصاص داده شد. پس از تهیه توالی تصادفی، لیست بیماران با استفاده از روش پاکت‌های در بسته مخفی‌سازی شد. در انتهای کار ۷۰ پاکت در بسته حاوی توالی تصادفی هر بیمار در اختیار محقق قرار گرفت. هر بار که بیماری براساس شرایط ورود انتخاب گردید یکی از این پاکت‌ها به ترتیب عدد نوشته شده روی پاکت باز شد و مشخص گردید که بیمار باید در گروه خود مراقبتی اسلامی یا کنترل قرار گیرد. فرایند تخصیص تصادفی و مخفی‌سازی لیست توسط پرستار مرکز که در فرایند انتخاب، جمع‌آوری اطلاعات و آموزش دخالتی نداشت انجام شد و پژوهشگر و بیماران از آغاز پژوهش نسبت به قرار گرفتن هر یک از نمونه‌ها در هر یک از دو گروه خود مراقبتی اسلامی و یا کنترل بی اطلاع بودند.

اندازه‌گیری فشارخون با فشارسنج عقربه‌ای ALPK2، ساخت کشور ژاپن با دقت ۳± میلی‌متر جیوه انجام شد. به منظور اندازه‌گیری فشارخون، ابتدا اطمینان حاصل شد که نمونه‌ها نیم ساعت قبل از اندازه‌گیری فشارخون فعالیت شدید نداشته و غذای سنگین، قهوه، سیگار، دارو و نوشیدنی محرک نیز استفاده نکرده باشند. سپس با رعایت این نکته که نمونه‌ها استراحت کامل کرده‌اند و بیش از ۱۴ ساعت ناشتا نبوده‌اند مبادرت به اندازه‌گیری فشارخون شد. اندازه گیری فشارخون توسط پژوهشگر در حالت نشسته از بازوی دست راست بیماران صورت گرفت. کاف فشارسنج به گونه‌ای دور بازو بسته می‌شود که لبه تحتانی آن ۲/۵ سانتی‌متر از چین آرنج بالاتر باشد و خیلی سفت یا خیلی شل بسته نشود (یک انگشت به راحتی زیر آن قرار گیرد). سپس محل دقیق شریان براکیال تعیین گردید و گوشی روی نبض براکیال گذاشته شد و باد کردن کاف به میزان mmHg ۳۰-۲۰ بالاتر از فشاری که در آن نبض قطع می شود، صورت گرفت. سپس با سرعت mmHg ۳ در ثانیه، فشار کاهش داده شد. پس از تخلیه باد فشارسنج، صدای کورتکف ۱ به‌عنوان فشار سیستولیک و صدای کورتکف ۵ (قطع صدا) به‌عنوان فشار دیاستولیک بیمار ثبت گردید(۲۲).

جلسات آموزشی رایگان در گروه خود مراقبتی اسلامی جهت تدریس بسته آموزشی که حاوی راهنمای تغذیه مناسب، هرم غذایی، فشارخون بالا، ورزش و فعالیت جسمانی و نیز مدل مراقبه و آموزه های اسلامی بود و از متون معتبر علمی، اسلامی و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت استخراج شده بود، برگزار شد. این بسته که تحت نظر اساتید و کارشناسان ذیصلاح مورد بررسی محتوایی و اصلاحات قرار گرفته بود، طی۴ جلسه آموزشی در ۴ هفته متوالی هر جلسه به‌مدت ۶۰-۴۵ دقیقه ارائه گردید. همراهی یکی از اعضای خانواده با حداقل سواد ابتدایی، در آموزش‌های خانواده محور ضروری بود. هم‌چنین بسته آموزه‌های اسلامی در قالب پمفلت‌های سیاه و سفید و به روش سخنرانی و پرسش و

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

پاسخ آموزش داده شد. گروه کنترل طی چهار جلسه زیر نظر یکی از کارشناسان درمانگاه دیابت آموزش‌های معمول را در مورد تغذیه مناسب، هرم غذایی، فشار خون بالا، ورزش و فعالیت جسمانی دریافت نمود. کلاس‌های دو گروه در روزها و زمان‌های متفاوت ارائه شد. پس از پایان پژوهش و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی آموزش‌های گروه خود مراقبتی اسلامی به گروه کنترل نیز ارائه شد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه بررسی متغیرهای دموگرافیک و طبی شامل مشخصات فردی، اطلاعات بیماری، داروها و... پرسشنامه AMT جهت تعیین اختلالات شناختی بود(۲۱). ترجمه، روایی و پایایی آن در ایران توسط فروغان(۱۳۸۶) انجام شده است. پایایی درونی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، پایایی برونی با ضریب همبستگی بین گروهی ۰/۸۹ و روایی افتراقی برای تشخیص افراد بدون اختلال شناختی و با اختلال شناختی مناسب به‌ترتیب ۷/۳۵ و ۵/۹۶ بود. میزان حساسیت و ویژگی بر اساس معیار DSM IV به ترتیب برابر با ۶۴/۹ و ۶۴ درصد با نقطه برش ۷ بود. این آزمون ۱۰ سوال دارد که به هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می‌شود. کسب نمره ۷ و پایین‌تر به معنای وجود اختلال شناختی بوده و حداکثر امتیاز آن ۱۰ می‌باشد(۲۳،۲۰).

همچنین از پرسشنامه ۷ آیتمی IADL (Instrumental Activities of Daily Living) جهت بررسی انجام فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل استفاده شد. اجزای این پرسشنامه شامل، استفاده از تلفن، مصرف دارو، آماده ساختن غذا، انجام کارهای منزل، خرید مایحتاج زندگی، استفاده از وسایل نقلیه و کنترل دخل و خرج می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هر آیتم دارای سه گزینه وابسته (صفر امتیاز)، نیازمند کمک (۱ امتیاز) و مستقل (۲ امتیاز) است. نمره کلی از صفر تا ۱۴ می‌باشد و نمره صفر تا ۶ به عنوان وابسته، ۷ تا ۱۰ به عنوان نیازمند کمک و ۱۱ تا ۱۴ به عنوان مستقل طبقه‌بندی می‌شود. در مطالعه‌ی طاهری تنجانی و همکاران، شاخص روایی محتوای ابزار ۰/۸۵ به‌دست آمد و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بود. در بررسی پایایی، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای IADL ۰/۷۹ حاصل شد(۲۴).

از پرسشنامه GDS (فرم ۱۵ سوالی) به منظور ارزیابی میزان افسردگی در سالمندان استفاده شد. در این پرسشنامه همه‌ی سوالات دو جوابی (آری/ خیر) می‌باشند. به هر سوال یک امتیاز تعلق می‌گیرد. حداکثر امتیاز ۱۵ و حداقل آن صفر می‌باشد. امتیاز بالاتر نشان دهنده افسردگی شدیدتر است. امتیاز نرمال ۵-۴، افسردگی متوسط ۹-۵ و افسردگی شدید ۱۵-۱۰ می‌باشد. در مطالعه‌ی ملکوتی و همکاران پایایی ابزار با ضرایب آلفا کرونباخ ۰/۹ و تنصیف ۰/۸۹ و آزمون- باز آزمون ۰/۵۸ محاسبه گردید. در بررسی روایی آزمون، تحلیل عاملی سوالات حاکی از آلفای ۰/۹۲ بود(۲۱). هم‌چنین از پرسشنامه تبعیت دارویی ۸ آیتمی MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) (موریسکی) استفاده شد که در مطالعه‌ی کوشیار و همکاران ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شد(۲۵). این پرسشنامه تنها در آیتم ۸ بر درجه‌بندی چهارگانه لیکرت (همیشه:۰، معمولا:۰، گاهی اوقات: ۱، هرگز/ به ندرت:۱) طیف بندی شده است و در بقیه آیتم‌ها به صورت بلی=۱ و خیر=۰ پاسخ داده می‌شود. آیتم‌های ۵ و ۸ برعکس بقیه آیتم‌ها نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کلی بین صفر تا ۸ می‌باشد که نمره بیش از دو تبعیت دارویی ضعیف، نمره یک و دو تبعیت متوسط و نمره صفر تبعیت بالا در نظر گرفته شده‌اند.

پیامدهای اولیه و ثانویه این پژوهش به ترتیب فشارخون و تبعیت دارویی است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معنی‌داری($P<۰/۰۵$) تجزیه و تحلیل شدند. داده‌های کیفی و کمی به‌ترتیب توسط فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار)

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

توصیف شدند. ابتدا با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk، نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. خصوصیات جمعیت شناختی در دو گروه آزمون و کنترل، توسط آزمون‌های Chi-Square و Fisher مقایسه گردید. تاثیر مداخله آموزشی بر فشارخون و تبعیت دارویی در دو گروه در مقاطع زمانی قبل و بعد از مداخله، توسط آزمون تحلیل کوواریانس (Ancova) با تعدیل اثر پیش آزمون و متغیرهای مخدوشگر مقایسه گردید. تاثیر مداخله آموزشی بر فشارخون و تبعیت دارویی درون هر گروه توسط آزمون تی زوجی بررسی گردید.

## یافته‌ها

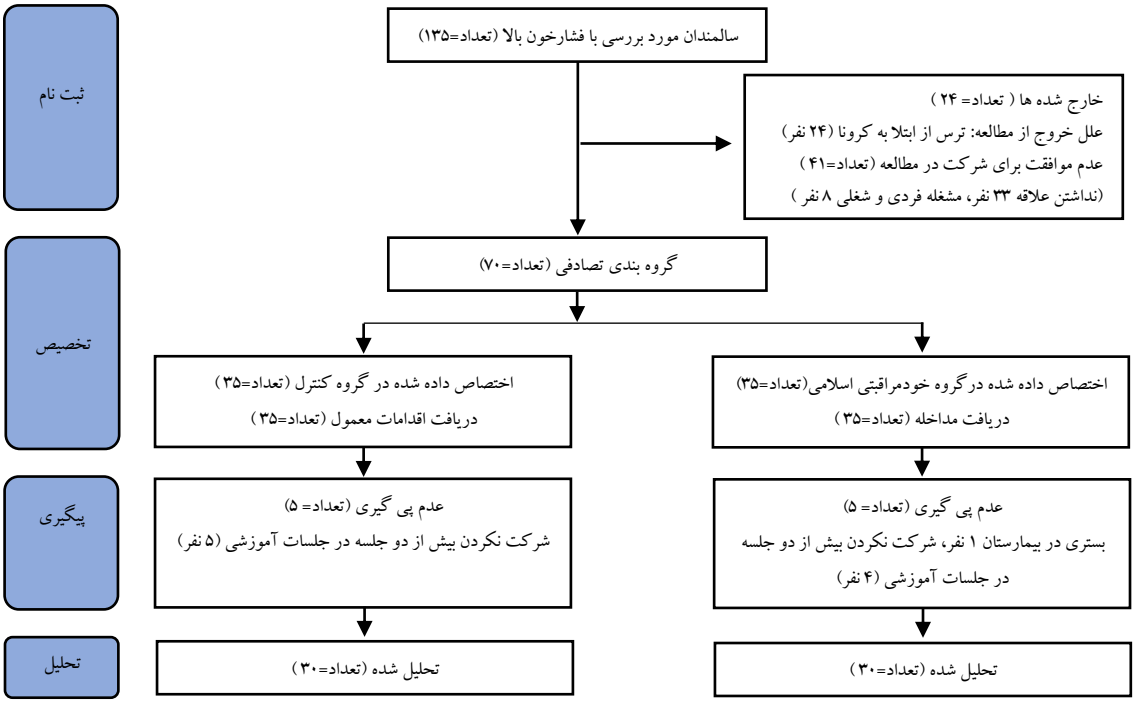
علی‌رغم تخصیص تصادفی ۳۵ نمونه در هر یک از دو گروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل، در انتها مداخله آموزشی با شرکت مداوم ۳۰ تن از نمونه‌ها در هر گروه پایان یافت (فلوچارت شماره ۱).

آزمون‌های دقیق فیشر و کای دو بیانگر عدم اختلاف معنی‌دار دو گروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی می‌باشند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل از نظر متغیرهای سن، خانواده و شاخص سرانه مسکن معنادار نبود (جدول شماره ۱).

**جدول شماره ۱:** مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل

| متغیر | | گروه خودمراقبتی اسلامی (n=۳۰) تعداد(درصد) | گروه کنترل (n=۳۰) تعداد(درصد) | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|
| سن (سال، میانگین ± انحراف معیار) | | ۶۴± ۴/۹۶ | ۶۶± ۴/۷۹ | ۰/۳۴۵ |
| جنسیت | زن | ۱۳(۴۳/۳) | ۱۴ (۴۶/۷) | ۰/۷۹۵** |
| | مرد | ۱۷ (۵۶/۷) | ۱۴(۵۳/۳) | |
| تاهل | متاهل | ۲۸(۹۳/۳) | ۲۴ (۸۰/۰) | ۰/۲۵۴* |
| | مجرد | ۰(۰) | ۱ (۳/۳) | |
| | همسر فوت شده/متارکه | ۲(۶/۷) | ۵(۱۶/۷) | |
| تحصیلات | بی‌سواد | ۹(۳۰/۰) | ۷(۲۳/۳) | ۰/۸۹۱* |
| | ابتدایی/راهنمایی | ۱۳(۴۳/۳) | ۱۶(۵۳/۳) | |
| | دیپلم/فوق دیپلم | ۷(۲۳/۳) | ۶(۲۰/۰) | |
| | لیسانس/فوق لیسانس/بالاتر | ۱(۳/۳) | ۱(۳/۳) | |
| شغل | خانه‌دار | ۱۲(۴۰/۰) | ۱۳(۴۳/۳) | ۱* |
| | کارگر و کشاورز | ۳(۱۰/۰) | ۲(۶/۷) | |
| | آزاد | ۴(۱۳/۳) | ۴(۱۳/۳) | |
| | بازنشسته | ۱۱(۳۶/۷) | ۱۱(۳۶/۷) | |
| وضعیت درآمد | پایین | ۸(۲۶/۷) | ۸(۲۶/۷) | ۱* |
| | متوسط | ۱۹(۶۳/۳) | ۱۹(۶۳/۳) | |
| | خوب | ۳(۱۰/۰) | ۳(۱۰/۰) | |

*Fisher'S Exact **Chi-square




**فلوچارت شماره ۱:** فلوچارت ورود شرکت کنندگان به مطالعه

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

تاثیر مداخله آموزشی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و تبعیت دارویی در دو گروه در مقاطع زمانی قبل و بعد از مداخله، توسط آزمون تحلیل کواریانس با تعدیل اثر پیش آزمون تحلیل گردید. پیش فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس شامل مستقل بودن گروه‌های مختلف متغیر عامل، همگنی واریانس پاسخ درگروه‌های مختلف متغیرعامل بر حسب آزمون Leven (P>۰/۰۵)، نرمال بودن توزیع متغیر پاسخ بر حسب آزمون Shapiro-Wilk (P>۰/۰۵) و پیوسته بودن متغیر مخدوش گر مدنظر قرار گرفتند. براساس آزمون تحلیل کوواریانس نتایج مرحله پس از مداخله بیانگر کاهش معنی‌دار میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل بود. هم‌چنین با آزمون تحلیل کوواریانس بهبود معنی‌دار نمره تبعیت دارویی در گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل دیده شد. نتایج آزمون‌های تی زوجی بیانگر کاهش معنی‌دار کلیه شاخص‌های فوق در گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل بود (جدول شماره ۲).

**جدول شماره ۲:** مقایسه میانگین شاخص فشارخون و تبعیت دارویی در دوگروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل در مرحله قبل و بعد از مداخله

| متغیر | گروه خودمراقبتی اسلامی (n=۳۰) (انحراف معیار± میانگین) | کنترل (n=۳۰) (انحراف معیار± میانگین) | سطح معنی داری* |
|---|---|---|---|
| فشارخون سیستولیک | | | |
| قبل | ۱۴۲/۸۱ ± ۷/۶۱ | ۱۴۱/۱۶ ± ۱۰/۲۲ | ۰/۵۴۶ |
| بعد | ۱۳۳/۱۲۵ ± ۸/۹۵ | ۱۴۱/۳۳ ± ۱۰/۱۶ | <۰/۰۰۱ |
| سطح معنی داری** | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۶ | |
| فشار خون دیاستولیک | | | |
| قبل | ۸۲/۰ ± ۳/۶۲ | ۸۲/۶۷ ± ۴/۰۹ | ۰/۷۰۸ |
| بعد | ۷۸/۳۳ ± ۴/۶۱ | ۸۲/۰ ± ۴/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| سطح معنی داری** | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۱ | |
| تبعیت دارویی | | | |
| قبل | ۲/۷۰ ± ۱/۲۳ | ۲/۵۷ ± ۱/۳۸ | ۰/۷۹۱ |
| بعد | ۱/۰۷ ± ۱/۰۱ | ۲/۴۳ ± ۱/۳۸ | <۰/۰۰۱ |
| سطح معنی داری** | <۰/۰۰۱ | ۰/۱۶۱ | |

*ANCOVA **Paired samples T Test

## بحث

در این پژوهش به بررسی تأثیر مدل خود مراقبتی اسلامی بر فشارخون و تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهرآمل پرداخته شد. براساس نتایج میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت، ضمن آن‌که در گروه کنترل از نظر میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد.

یافته فوق نشان می‌دهد که علی‌رغم تدریس محتوای یکسان آموزشی با تعداد جلسات برابر در گروه کنترل، ارائه برنامه‌های آموزشی در چارچوب مدل خود مراقبتی اسلامی انگیزه بیماران را جهت مراقبت از خود در راستای انجام فرامین الهی به‌طور قابل توجهی افزایش داده و این نکته به گونه مشخص بیانگر کارایی مدل خود مراقبتی اسلامی می‌باشد. در یک کارآزمایی بالینی در سال ۲۰۱۹ محققین به بررسی تاثیر آموزش بر افزایش میزان دانش فشارخون، بهبود شیوه‌های پیشگیری و مراقبت از خود جهت کنترل فشار خون بالا در ۴۰۰ نفر از بازنشستگان ایالت انوگو در جنوب شرقی نیجریه طی یک ماه پرداختند. شرکت‌کنندگان گروه مداخله، آموزش‌های ارائه شده توسط کارشناسان بهداشت عمومی و پرستاران را دریافت نموده ولی گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. نتایج نشان داد که میانگین نمره دانش فشارخون، الگو و کیفیت خواب، پرهیز از مصرف مواد، رژیم غذایی و تبعیت از دارو به طور قابل توجهی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافت(۲۶). مطالعه فوق مانند مطالعه حاضر در گروه سالمندان انجام شد و از نوع نیمه تجربی بود و برای انتخاب افراد مورد مطالعه از نمونه گیری در دسترس (نمونه‌گیری دو مرحله‌ای) استفاده شد. در حالی که مطالعه حاضر یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی می‌باشد و نمونه‌گیری به روش تصادفی‌سازی با استفاده از بلوک‌های تصادفی متعادل شده با بلوک‌های چهارتایی انجام شده است. نیز گروه کنترل کلیه آموزش‌های علمی مشابه گروه آزمون (به‌جز اجرای مدل خود مراقبتی اسلامی) را دریافت نموده بود.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

در سال ۲۰۱۸ نتایج مطالعه‌ای جهت بررسی تاثیر دین بر فشارخون بالا در بین ۲۱۸۲ بودیس بزرگسال ساکن چین نشان داد که میزان آگاهی پرفشاری خون و درمان در راهبه‌ها به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از ساکنان بود. با این حال، میزان کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در راهبه‌های تبتی بالاتر از ساکنان معمولی تبت بود(۲۷). پژوهش فوق یک مطالعه مقطعی بود. در مطالعه هیچ‌گونه آموزشی صورت نگرفته و صرفا فشارخون راهبه‌ها در مقایسه با ساکنان معمولی مورد بررسی قرار گرفته بود ولی مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با بکارگیری ارزش‌های مذهبی جهت بهبود شاخص‌های بیومتریک و تبعیت دارویی می‌باشد. در یک کارآزمایی بالینی تصادفی محققین به بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا از طریق اجرای مدل خودکارآمدی بندورا پرداختند. برنامه آموزشی در قالب چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون که طی سال ۱۳۹۶ به تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند اجرا شد. گروه مداخله در یک برنامه آموزشی خودکارآمدی طراحی شده براساس تئوری خودکارآمدی شرکت کردند وگروه کنترل روش معمول در مراکز بهداشتی درمانی را دریافت کردند. مداخله‌ای بر اساس نتایج به‌دست آمده، پس از مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه پس از مداخله از نظر پایبندی به رژیم دارویی، درگیر شدن در فعالیت بدنی و پایبندی به اهداف مدیریت وزن مشاهده شد(۲۸). این مطالعه با استفاده از مدل خودکارآمدی بندورا انجام شد در حالی که محور پژوهش حاضر، یک مدل مذهب محور مبتنی بر خود مراقبتی اسلامی تشکیل می‌دهد. علی‌رغم شباهت‌های کارآزمایی فوق با مطالعه حاضر از نظر دارا بودن گروه کنترل، تعداد نمونه برابر و تعداد جلسات و زمان‌های آموزشی مشابه، در مطالعه مزبور بیمارانی در گروه سنی ۴۰ تا ۷۰ سال شرکت داشتند که از تشخیص بیماری پرفشاری خون آن‌ها حداقل یک سال گذشته بود و نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انجام شد در حالی که در مطالعه حاضر صرفا آن عده از سالمندان ۶۰ سال به بالا شرکت داشتند که از تشخیص بیماری فشارخون حداقل ۶ ماه گذشته بود و نیز نحوه نمونه‌گیری متفاوت بود.

در سال ۱۳۹۳ نتایج مطالعه‌ای جهت بررسی تاثیر برنامه خود مراقبتی بر میزان فشارخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد اجرای برنامه خود مراقبتی در کنترل فشارخون دیاستولیک به‌طور معنی‌داری موثر بود اما تفاوت فشارخون سیستولیک دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار نبود که علت این امر می‌تواند به‌دلیل در محدوده طبیعی بودن فشارخون بیماران در شروع مطالعه باشد(۱۹). روش آموزشی غالب درجلسات فوق متفاوت از روش پژوهش حاضر و به‌صورت حل مساله بود. برخلاف برنامه آموزشی منظم و مدون پژوهش حاضر، هیچ‌گونه سخنرانی از پیش تعیین شده‌ای وجود نداشت و جریان بحث‌ها بر اساس نیازهای بیماران و مشارکت آنان پیش می‌رفت. در معیار ورود مشخص نشده بود که فشارخون بیماران در چه محدوده‌ای بوده است. هم‌چنین گروه سنی نمونه‌های پژوهش ذکر نشده است.

نتایج این مطالعه برخلاف نتایج مطالعه‌ای است که در سال ۱۳۹۵ تحت عنوان «تاثیر روش مراقبه اسلامی بر خود مراقبتی تغذیه، شاخص‌های تن سنجی و فشارخون بیماران دیابتی» انجام شد و نتایج آن بیانگر اصلاح معنی‌دار اغلب شاخص‌ها در هر یک از دو گروه آزمون و کنترل بجز اختلاف فشارخون سیستولیک و دیاستولیک دو گروه در مراحل قبل و بعد از مداخله بود(۱۴). در هر دو مطالعه از مراقبه اسلامی استفاده شد. مطالعه فوق در گروه سنی میانسالان انجام شد و بیماران فشارخون نرمال داشتند ولی مطالعه حاضر در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شده است. براساس نتایج این پژوهش میانگین نمره تبعیت دارویی گروه خود مراقبتی اسلامی در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشت. اگر چه گروه کنترل نیز از برنامه‌های آموزشی علمی مشابه استفاده می‌کردند.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

در سال ۱۳۹۶ و در یک مطالعه نیمه تجربی پژوهشگران به بررسی تاثیر مدل خود مراقبتی اورم با محوریت مصرف اصولی داروها بر فشار خون ۶۰ بیمار سالمند مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان طالقانی تهران پرداختند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و کنترل فشارخون در سه روز متوالی برنامه خود مراقبتی طراحی شده بر اساس الگوی اورم در طی چهار مرحله اجرا شد که شامل ارزیابی نیازهای خود مراقبتی در واحدهای مورد مطالعه و برنامه‌ریزی بر اساس تشخیص‌های پرستاری، طرح برنامه خود مراقبتی در قالب جلسات آموزشی، اجرای الگوی خود مراقبتی اورم و ارزشیابی، بوده است. یک و سه ماه بعد از مداخله، پس آزمون به‌عمل آمد. در گروه مداخله اختلاف معنی‌دار آماری در توان خود مراقبتی و فشارخون سالمندان در مرحله بعد از مداخله مشاهده شد اما در گروه کنترل این اختلاف، معنادار نبود(۲۹). در مطالعه فوق تعداد نمونه‌ها و گروه سنی آن‌ها مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و در دسترس بود و پس‌آزمون یک و سه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و کنترل انجام شد، در حالی که در مطالعه حاضر نمونه‌گیری به روش تخصیص تصادفی بلوکی بود و اندازه‌گیری شاخص‌ها و تبعیت دارویی پس از اتمام مداخله در هر دو گروه خود مراقبتی اسلامی و کنترل انجام شد. نیز مدل به‌کار گرفته شده در دو پژوهش متفاوت بود.

نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۶ جهت بررسی اثربخشی آموزش تئوری محور بر تبعیت از دستورات دارویی ۱۴۰ سالمند مبتلا به پرفشاری خون انجام شد بیانگر آن بود که قبل از آموزش اختلاف معناداری بین دو گروه از حیث میزان تبعیت از رژیم دارویی وجود نداشت، اما پس از مداخله در گروه تجربی تغییر معناداری در رفتار تبعیت از رژیم دارویی دیده شد. هم‌چنین میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک دو گروه قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری نداشت ولی پس از مداخله آموزشی در گروه تجربی کاهش معنی‌داری در فشارخون بیماران رخ داد در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری ظاهر نشد(۵). روش نمونه‌گیری در پژوهش فوق چند مرحله‌ای و متفاوت از نحوه نمونه‌گیری مطالعه حاضر بود. در مطالعه فوق برای گروه کنترل ۳ جلسه آموزشی ۳۵ دقیقه‌ای به فاصله دو هفته برگزار شد اما در مطالعه حاضر ۴ جلسه آموزشی طی ۴ هفته متوالی، هر جلسه به‌مدت ۶۰-۴۵ دقیقه برگزار شد. در مطالعه فوق نیز همانند پژوهش حاضر برای گروه کنترل جلسات آموزشی برگزار شد. در مطالعه مذکور از پرسشنامه تبعیت دارویی Chen استفاده شد در حالی که مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه تبعیت دارویی موریسکی انجام شد.

نتایج این مطالعه برخلاف نتایج مطالعه برخی پژوهشگران در سال ۲۰۱۳ است که به بررسی رابطه متقابل معنویت/ دینداری و تبعیت دارویی در ۴۰۰ بیمار مبتلا به فشارخون پرداختند. برای تعیین معنویت از مقیاس دیدگاه معنوی، شاخص دین دوک و مقیاس پایبندی به داروی موریسکی استفاده شد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد در حالی‌که معنویت/ مذهبی بودن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون برجسته بود، دلبستگی‌های معنوی به‌طور بالقوه اعتماد آن‌ها را نسبت به انتظار بهبود الهی به جای پیروی از دستورات دارویی ضد فشارخون افزایش داده بود(۳۰). مطالعه فوق مقطعی بود و نمونه‌های پژوهش را افراد بالای ۱۸ سال (اکثرا بین ۵۰ تا ۵۹ سال) تشکیل می‌دادند. ۹۰ درصد نمونه‌ها مسیحی، ۵ درصد مسلمان و ۱ درصد معتقد به مذاهب سنتی بودند در حالی که مطالعه حاضر یک کارآزمایی کنترل شده با تخصیص تصادفی بود و کلیه نمونه‌های شرکت کننده را مسلمانان با میانگین سنی ۶۰ سال تشکیل می‌دادند. در مطالعه فوق همانند مطالعه حاضر جهت بررسی تبعیت دارویی بیماران از پرسشنامه موریسکی استفاده شد. با توجه به اهمیت خود مراقبتی به ویژه از منظر اسلام در زندگی افراد و تاثیر بسزایی که در پیشگیری از بیماری‌ها و حفظ سلامتی افراد می‌تواند

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

داشته باشد، استفاده از برنامه‌های آموزشی، ادعیه و مناجات و مطالعه احادیث بویژه در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه جهت ارتقای آگاهی و اصلاح رفتارهای خود مراقبتی، بهبود شاخص‌های حیاتی و نیز تبعیت دارویی بیماران ضروری می‌باشد.

## سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد تحت عنوان تاثیر مدل خود مراقبتی اسلامی بر فشارخون و تبعیت دارویی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی با تایید کمیته اخلاق پزشکی به شماره IR.MAZUMS.REC.1399.552 و کد IRCT به شماره IRCT20200118046170N2 می‌باشد. حمایت مالی پایان نامه از سوی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. از اساتید و همکاران بزرگوار، بویژه بیماران محترم پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

1. Tayeri S, Jafari M, Mohammadzadeh KA, Hosseini SM, Shahanaghi K. Prioritization of the Criteria Affecting the Health of Elderly Women in Iran by Analytical Hierarchy Process (AHP). Iranian Journal of Ageing 2022; 17(1): 76-95 (Persian).
2. Moezi Bady SA, Kazemi T, Mashreghi-Moghadam H, Azdaki N, Partovi N, Hanafi Bojd N, et al. A comprehensive overview of the diagnosis and treatment of hypertension based on the latest hypertension guidelines. J Birjand Univ Med Sci 2021; 28(3): 194-221 (Persian).
3. Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, et al. Self-care assessment of patients with hypertension in Qom city in 2016 (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018; 12(4): 72-80 (Persian).
4. Zare S, Shams M, Fararouei M, Shariatinia S. Antihypertensive Drugs Adherence in Heart Disease Patients Referring to the Imam Reza Clinic in Shiraz. Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 151-160.
5. Fakhri A, Morshedi H, Mohammadi Zeidi I. Effectiveness of theory based education on medication adherence in older adults with hypertension. Jundishapur Scientific Medical Journal 2017; 16(2): 161-174.
6. Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. J Educ Community Health 2016; 3(2): 9-15.
7. Barr PJ, Brady SC, Hughes CM, McElnay JC. Public knowledge and perceptions of connected health. J Eval Clin Pract 2014; 20(3): 246-254.
8. Mansouri F, Darvishpour A, Mansour-ghanaei R. The Relationship between Health Literacy and Self-care Behaviors in the Elderly with Hypertension Admitted to Cardiac Intensive Care Units: A Correlational Study. Jccnursing 2022; 15(1): 34-44.
9. Barati F, Sajjadi M, Farhadi A, Amiri M, Sadeghmoghadam L. Self-care behavior and related factors in older adults with hypertension in Ahvaz City. Joge 2018; 3(1): 56-62 (Persian).
10. Whelton PK, Carey RM. The 2017 clinical practice guideline for high blood pressure. JAMA 2017; 318(21): 2073-2074.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

11. Park YH, Song M, Cho Bl, Lim JY, Song W, Kim SH. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2011; 82(1): 133-137.
12. Weinger K, Beverly EA, Smaldone A. Diabetes self-care and the older adult. West J Nurs Res 2014; 36(9): 1272-1298.
13. Salsali M, Salehi H, Noktehdan H, Hoseini M, KhoshNiyat Nikoo M, Ebrahimi SM. Evaluation of the effect of using Symptom Focused Management Model (SFMM) on the amount of HbA1c, knowledge, and self care behavior of type 2 diabetes patients. Evid Based Care 2013; 3(2): 27-36 (Persian).
14. Zakizad Abkenar M, Ghofranipour F, The Effect of Islamic Care Method on Nutritional Self-Care, Anthropometric Indices and Blood Pressure in Diabetic Patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(136): 36-53 (Persian).
15. Motahari M. Education and training in Islam. 77th ed. Tehran: Sadra Publication; 2012 (Persian).
16. Abkenar MZ, Ghofranipour F, Kashi Z, Montazeri A. Effect of the Islamic Self-care Nutrition Method on the Lipid Profile of Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Controlled Trial. Open Access Maced J Med Sci 2020; 8(B): 181-187 (Persian).
17. Mirkarimi A, Khoddam H, Vakili M, Sadeghi M, Modanloo M. Effect of life style modification on adherence to diet and hypertension in hypertensive patients. Koomesh 2018; 20(2): 192-202 (Persian).
18. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 2018; 71(6): 1269-1324.
19. Shahbodaghi Z, Borhani F, Rayyani M. The effects of salf-care program on blood pressure of patients with diabetes. Med Surg Nurs J 2014; 3(3): 163-169.
20. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation. ijdld 2014; 13(6): 487-494 (Persian).
21. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran. Research in Medicine 2006; 30(4): 361-369 (Persian).
22. Jalilian N, Tavafian SS, Aghamolaei T, Ahmadi S. The effects of health education program on knowledge and attitudes of people suffering from hypertention. Iran J Health Educ Health Promot 2014; 1(4): 37-44 (Persian).
23. Mohammadi F, Bastani F, Hosseini R. Successful Aging Focused on the Dimensions of Perceived Social Support and Mental Vitality in the Elderly Referred to the Health Centers of Iran University of Medical Sciences (2020). Iran Journal of Nursing 2021; 34(131): 55-69 (Persian).
24. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 25(132): 103-112 (Persian).
25. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hoseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]

of life in diabetic community-residing elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 22(1): 134-143 (Persian).

26. Ozoemena EL, Iweama CN, Agbaje OS, Umoke PC, Ene OC, Ofili PC, et al. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study. Arch Public Health 2019; 77: 23.
27. Meng Q, Xu Y, Shi R, Zhang X, Wang S, Liu K, et al. Effect of religion on hypertension in adult Buddhists and residents in China: A cross-sectional study. Sci rep 2018; 8: 8203.
28. Farazian F, Emami Moghadam Z, Heshmati Nabavi F, Behnam Vashani H. Effect of self-care education designed based on bandura's self-efficacy model on patients with hypertension: a randomized clinical trial. Evid Based Care 2019; 9(2): 44-52.
29. Ghasemniai namaghi S,Ahmadi F, Taheri Tanjani P, Qolami Fesharaki M. The effect of Orem self-care model with a focus on systematic medicine usage on the hypertension of the elderly. joge 2018; 2(4): 28-35 (Persian).
30. Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? Biopsychosoc Med 2013; 7(1): 15.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-02 ]