

Effect of Educational Intervention based on the Health Belief Model in Blood Pressure Control in Hypertensive Women

Hasan Eftekhari¹,
Somaye Fathi²,
Hekmat Moradi³,
Mahmood Mahmoudi⁴,
Agh Babak Mahery²

¹ Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MSc of Health Education, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ MSc of Medical Education, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Fars, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received June 20, 2014 ; Accepted December 8, 2014)

Abstract

Background and purpose: Hypertension is a global public health issue. It contributes to the burden of heart disease, stroke, kidney failure, and premature mortality and disability. Given the high prevalence of hypertension and its serious complications this study was performed to determine the effect of Health Belief Model in blood pressure control in hypertensive women attending Khorramabad's health centers

Materials and methods: This experimental study was based on a before-after design which was performed in 200 hypertensive women. They were randomly stratified into two groups (n=100 per group). The robinson's hypertension beliefs and behaviors questionnaire was used to collect the data. Educational procedures in case group included training sessions, holding question-and-answer sessions, group discussion, using pamphlet, poster and educational booklets. Data analysis was done applying independent t test, paired t test, chi- square, and fisher measurement test in SPSS12.

Results: After the intervention, the mean scores of awareness and various structures of Health Belief Model (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, self-efficacy, practice,) increased significantly in case group ($p<0.05$). Significant decrease was observed in the mean score for perceived barriers ($p<0.05$).

Conclusion: The results of this study showed the efficacy of Health Belief Model in promotion of behavior associated with blood pressure control. Therefore, training programs based on health education models are of great help in blood pressure control

Keywords: blood pressure control, Health Belief Model, Health Education, Hypertension

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در کنترل فشارخون زنان مبتلا به پرفشاری خون

حسن افتخار اردبیلی^۱
سمیه فتحی^۲
حکمت مرادی^۳
محمود محمودی^۴
آق بابک ماهری^۲

چکیده

سابقه و هدف: پرفشاری خون یک مسئله بهداشتی جهانی است. با توجه به افزایش شیوع پرفشاری خون و عوارض وخیم ناشی از آن پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در کنترل فشارخون زنان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر خرم آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله ای از نوع قبل و بعد بود. ۲۰۰ زن مبتلا به پرفشاری خون که به روش نمونه گیری طبقه‌ای انتخاب شدند و به دو گروه ۱۰۰ نفری مورد و شاهد تقسیم شده بودند. مداخله مورد نظر با توجه به ویژگی‌های یادگیری بیماران و نیازسنجی به عمل آمده در پیش‌آزمون در گروه مورد انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه برگرفته از مطالعه مبتنی بر باور بهداشتی و رفتارهای فشارخونی بود. روش‌های آموزشی شامل سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی بود و از ابزارهای آموزشی پمفلت و پوستر و کتابچه آموزشی نیز استفاده شد.

یافته‌ها: مقایسه دو گروه مورد و شاهد بعد از آموزش نشان داد که میانگین نمرات آگاهی و سازه‌های مختلف الگوی باور سلامتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده و عملکرد بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد به طور معنی‌داری افزایش یافته بود ($p < 0/05$). همچنین میانگین نمره موانع درک شده به طور معنی‌دار کاهش یافته بود.

استنتاج: نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه‌های آموزشی مرتبط با کنترل فشارخون در بیماران فشارخونی اثربخش می‌باشد. بنابراین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر الگوهای آموزش بهداشت برای کنترل فشارخون توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فشارخون، الگوی باور سلامتی، آموزش سلامت، پرفشاری خون

مقدمه

یکی از علل مرگ زودرس و عامل خطر بیماری‌هایی چون قلبی و عروقی، سکتة مغزی و نارسایی کلیه است و عواملی از قبیل چاقی، مصرف رژیم غذایی نامناسب، مصرف نمک و عدم فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و

پرفشاری خون یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان است و فاکتور خطر اصلی برای سکتة مغزی و نارسایی قلبی می‌باشد (۱، ۲). پرفشاری خون مهم‌ترین مسأله بهداشتی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و

E-mail: eftkhara@tums.ac.ir

مؤلف مسئول: حسن افتخار اردبیلی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت

۱. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فارس، ایران

۴- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۵/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۹/۱۷

سیگار کشیدن در ایجاد آن تاثیر دارد(۳). در سال ۲۰۰۸، شیوع کل پرفشاری خون در بزرگسالان ۲۵ درصد و در سنین بالاتر ۴۰ درصد تخمین زده شد. در بین مناطق مختلف شیوع فشار خون متفاوت است. شیوع فشارخون در آفریقا بالا است و برای هر دو جنس ۴۶ درصد گزارش شده است. کمترین شیوع پرفشاری خون در آمریکا گزارش شده که در هر دو جنس حدود ۳۵ درصد می باشد. شیوع فشار خون بالا در مردان بیش تر از زنان است (۳۹ درصد در مردان در مقابل ۳۲ درصد در زنان). در کشورهای با درآمد بالا تشخیص سریع و درمان با داروهای کم هزینه سبب شده که به طور چشم گیری میانگین فشارخون در بین جمعیت ها کاهش یابد و این امر به کاهش مرگ ناشی از بیماری قلبی کمک می کند(۴). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ میزان مرگ ناشی از پرفشاری خون در بین ایرانی ها را ۳۳/۴۴ در یکصد هزار نفر جمعیت اعلام کرد و رتبه ۶۷ دنیا را برای ایران ثبت کرد(۵). مطالعه ای که در سال ۹۲ بر روی ۱۱۰۰ نفر کودکان سنین مدرسه در اهواز انجام شد بیشترین فشارخون در کودکان چاق در سنین ۱۱ تا ۱۲ سالگی دیده شد(۶). تحقیقی که در مناطق شهری و روستایی اصفهان، نجف آباد و اراک صورت گرفته شیوع پرفشاری خون را ۱۵/۶ درصد برای مردان و در زنان ۱۸/۸ درصد برآورد کرده است و در کلیه افراد بالای ۲۵ سال شیوع آن در زنان بیش از مردان گزارش گردیده است. در ۸۶/۵ درصد مردان و ۸۹/۳ درصد زنان دارای پرفشاری خون حداقل یکی از عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی وجود داشت که با افزایش سن شدت بیشتری می یافت و چاقی (به خصوص چاقی شکمی) شایع ترین عامل خطر گزارش شده است(۷) فشارخون بالا از جمله بیماری های غیرواگیری می باشد که با سبک زندگی رابطه دارد. بنابراین عدم رعایت سبک زندگی سالم می تواند در ابتلاء به پرفشاری خون و عوارض ناشی از آن کمک کند. مطالعات مختلفی که روی پرفشاری خون انجام شده نشان می دهد که رعایت سبک زندگی سالم یکی از عوامل موثر در پیشگیری از ابتلاء به عوارض پرفشاری خون می باشد. از جمله عوامل

مرتبط با سبک زندگی که در کنترل فشارخون مناسب می باشد، شامل مصرف رژیم غذایی مناسب (مصرف سبزیجات و میوه جات، مصرف غذاهای کم چرب و کم نمک)، ترک سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، کاهش وزن و عدم فعالیت فیزیکی و مدیریت ضعیف استرس است.

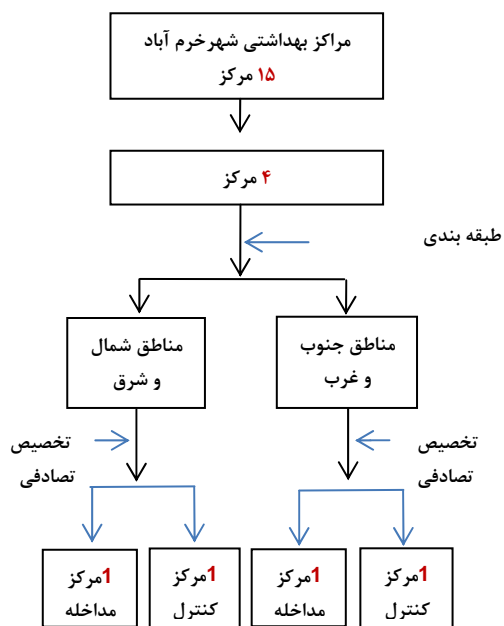
بر اساس اسناد علمی، آموزش یکی از اساسی ترین ابزارها و روش های پیشگیری از ابتلاء به پرفشاری خون و عوارض ناشی از آن است(۸). آموزش بهداشت ابزاری است که افراد را قادر می سازد کنترل بیش تری بر سلامت خود و بر عواملی که سلامتی شان را تحت تاثیر قرار می دهد، داشته باشد. اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد. لذا امروزه استفاده از تئوری ها و الگوهای تغییر رفتار برای متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت امری ضروری است(۹). الگوی باور بهداشتی یکی از رایج ترین تئوری ها در تحقیقات رفتار سلامتی می باشد. این الگو یکی از مدل های روانی توسعه یافته است که توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی در سال ۱۹۵۰ ارائه گردید. در این الگو رفتارهای پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل ۱- آسیب شخص نسبت به بیماری، ۲- تاثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد ۳- تاثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماران است. مطالعات نشان داده که الگوی باور بهداشتی می تواند نقش موثری در بهبود کنترل فشارخون داشته باشد. در این الگو برای این که افراد مبتلا به پرفشاری خون تشویق شوند که سبک زندگی شان را تغییر دهند، لازم است که آنها نسبت به خطراتی که سلامتی شان را تهدید می کند، حساس شوند و وخامت بیماری را درک کنند. به دنبال ایجاد پرفشاری خون، کنترل فشارخون بالا از اهمیت خاصی دارد تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشارخون به حداقل مقدار خود برسد(۱۰). با توجه به مطالعات انجام شده در مورد شیوع پرفشاری خون و افزایش این بیماری در شهر خرم آباد (۲۰ درصد) و عوارض بی شمار

سازه‌های الگوی باور سلامتی بود. این پرسشنامه مشتمل بر مشخصات دموگرافیک (۹ سوال)، سوالاتی در مورد آگاهی (۹ سوال)، سوالاتی در مورد ابعاد مختلف الگوی باور بهداشتی بود. الگوی باورهای بهداشتی شامل حساسیت درک شده (۴ سوال)، شدت درک شده (۶ سوال)، منافع درک شده (۷ سوال)، موانع درک شده (۵ سوال)، خودکارآمدی (۴ سوال)، راهنمای عمل (۴ سوال) و عملکرد (۶ سوال) در مورد رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون در زنان مبتلا به پرفشاری خون بود. امتیاز گذاری پرسشنامه ذکر شده به دین صورت بود که، در قسمت آگاهی و راهنمای برای عمل در بعد خارجی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، و خودکارآمدی نیز دامنه امتیاز هر سوال بین ۱ تا ۵ متغیر بوده. در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد، به این صورت که پرسشنامه مربوطه توسط دو نفر از متخصصین آموزش بهداشت به فارسی ترجمه گردید. البته قابل ذکر است که پرسشنامه مربوطه براساس

منتسب به آن و نظر به اهمیت اجرای مداخلاتی مانند مداخلات آموزشی (دارای چارچوب نظری) برای کنترل فشارخون در زنان مبتلا به پرفشاری خون، پژوهش حاضر با هدف بررسی تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در خصوص رفتار مرتبط با کنترل فشارخون در زنان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم آباد انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای از نوع قبل و بعد از آموزش با گروه کنترل بود. جمعیت مورد مطالعه زنان مبتلا به پرفشاری خون بودند. حجم نمونه های با حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان مطالعه ۸۰ درصد و با احتساب انحراف معیار برابر با ۵۰ (بر اساس مطالعات قبلی) و نیز احتمال خروج برخی از شرکت کنندگان از مطالعه ۱۰۰ نفر تخمین زده شد انتظار می رود که با آموزش این الگو میانگین نمرات حداقل ۲۰ نمره به افزایش پیدا کند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- زنان ۳۵ تا ۶۰ سال مبتلا به پرفشاری خون ۲- داشتن حداقل سواد ابتدایی جهت تکمیل پرسشنامه ۳- مراجعه منظم به مراکز بهداشتی - درمانی برای کنترل فشارخون ۴- عدم ابتلاء به سکتة قلبی، مغزی، ناراحتی کلیه بود. عدم تمایل بیمار برای شرکت در این مطالعه و ابتلا به عوارض پرفشاری خون (سکتة قلبی، مغزی، ناراحتی کلیه) معیارهای خروج از مطالعه بود. روش نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا شهر خرم آباد را به ۴ منطقه به عنوان طبقات (منطقه شمال و جنوب و غرب و شرق) تقسیم شد و از بین مراکز بهداشتی درمانی موجود در هر منطقه (به عنوان خوشه ها)، چهار مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد که دو مرکز به عنوان مراکز مداخله و دو مرکز به عنوان مراکز کنترلدر نظر گرفته شد. در مرحله بعد از روی پرونده های مربوط به این بیماران با توجه به حجم نمونه تعدادی از این بیماران را به طور تصادفی ساده انتخاب شدند (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: مراکز بهداشتی درمانی به روش تخصیص اختصاصی

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه برگرفته از مطالعه رایبسون بود که شامل اطلاعات دموگرافیک و

فرهنگ مربوطه طراحی شد و بعضی از سوالات به دلیل عدم تطابق با فرهنگ ایرانی حذف گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفا کرونباخ برای سنجش مستقیم سازه‌ها استفاده شد. به این منظور پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون قرار داده شد و بر اساس آنالیز داده‌های حاصل ضریب آلفا برای سازه آگاهی (۰/۷)، حساسیت درک شده (۰/۶)، شدت درک شده (۰/۷)، منافع درک شده (۰/۷۵)، موانع درک شده (۰/۷۳)، راهنما برای عمل در بعد خارجی (۰/۸۳)، خودکارآمدی (۰/۸) و رفتار (۰/۶) و برای کل پرسشنامه (۰/۷۶) محاسبه شد.

طراحی مداخله آموزشی به این طریق بود که پس از مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان خرم آباد و کسب اجازه برای شروع کار به مراکز بهداشتی مربوطه مراجعه کردیم و پس از هماهنگی با مسئول مراکز بهداشتی اسامی بیماران مورد پژوهش را به صورت تصادفی انتخاب و از طریق تماس با این بیماران آنها را به شرکت در این پژوهش دعوت کردیم. برای هر مرکز هفته‌ای سه روز جهت تکمیل پرسشنامه توسط بیماران اختصاص داده شد. ابتدا پرسشنامه پیش‌آزمون در اختیار بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت تکمیل آن قرار داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه پیش‌آزمون داده‌های این الگو از طریق نرم‌افزار SPSS 16 با استفاده از آزمون رگرسیون مورد سنجش قرار گرفت. با استفاده از این آزمون سازه‌های مهم الگو باور سلامتی پیش‌بینی شد. از بین سازه‌های الگوی باور سلامتی، خودکارآمدی و آگاهی و موانع درک شده بیش‌ترین سازه‌های پیشگویی‌کننده بودند. بنابراین طراحی برنامه آموزشی پس از ۲ هفته با استفاده از منابع معتبر و اطلاعات در مورد پرفشاری خون براساس این الگو و با تأکید بیش‌تر بر این سازه‌های پیشگویی‌کننده انجام گرفت. عناوین برنامه آموزشی شامل تعریف فشارخون و پرفشاری خون و علل و عوامل خطر و عوامل تغییر‌پذیر و تغییرناپذیر و سبک زندگی که شامل فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی

مناسب و ترک سیگار و کاهش وزن و... بود. مداخله مورد نظر با توجه به ویژگی‌های یادگیری بیماران و نیازسنجی به عمل آمده در پیش‌آزمون در گروه مورد انجام شد. سپس سه جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای با توجه به نیازسنجی و سازه‌های الگوی باور سلامتی انجام شد. برنامه آموزشی توسط متخصصان آموزش بهداشت انجام شد. جلسات آموزشی به این شرح انجام شد که هدف از جلسه اول ارتقاء آگاهی بیماران در مورد اهمیت پرفشاری خون بود. در جلسه دوم ابتدا مطالب گذشته مرور شد و سپس مطالب جدید که در مورد کاهش موانع درک شده از طریق افزایش منافع درک شده بود، آموزش داده شد. جلسه سوم شامل مرور مطالب گذشته و مطالبی در رابطه با افزایش خودکارآمدی بود. در جلسه اول روش‌های آموزشی و مواد کمک آموزشی به ترتیب شامل سخنرانی و پاورپوینت، پمفلت و وایت برد (برای سازه آگاهی) بود؛ در جلسه دوم روش آموزشی و مواد کمک آموزشی به ترتیب طوفان فکری برای عواملی که مانع کنترل فشارخون می‌شود و پمفلت و پوستر (برای سازه موانع درک شده) و در جلسه سوم روش آموزشی و مواد کمک آموزشی به ترتیب پرسش و پاسخ و بحث گروهی و مشاهده فیلم آموزشی (برای سازه خودکارآمدی) بود. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه مطالب ارائه شده به صورت مکتوب در قالب پمفلت و دفترچه آموزشی جهت مطالعه به شرکت‌کنندگان داده می‌شد و قبل از شروع هر جلسه نیز مطالب جلسات قبل به صورت خلاصه مرور می‌شد. ۳ ماه بعد از آموزش، داده‌ها توسط پرسشنامه مجدداً جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مداخله و کنترل به ترتیب $47/33 \pm 6/25$ و $47/61 \pm 6/35$ بود. سایر مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در دو گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی برحسب سن، شغل، تحصیلات، تاهل، سابقه فشارخون، کنترل فشارخون، دارو، شاخص توده بدنی، مدت ابتلا

تغیر جمعیت شناختی	گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معنی داری
میانگین و انحراف معیار سن	۴۷/۳۳±۶/۲۵ (تعداد(درصد))	۴۷/۶۱±۶/۳۵ (تعداد(درصد))	۰/۹۷۳
وضعیت شغلی			
کارمند	۶	۱۱	۱۱/۶
بازنشسته	۰	۲	۲/۱
خانه دار	۸۱	۷۹	۸۳/۲
آزاد	۸	۳	۳/۲
وضعیت تاهل			
مجرد	۷	۶	۶/۳
متاهل	۶۹	۷۵	۷۸/۹
مطلقه	۷	۳	۳/۲
همسر مرده	۱۲	۱۱	۱۱/۶
تحصیلات			
ابتدایی	۴	۷	۷/۴
راهنمائی	۲۲	۲۳	۲۴/۲
دیپلم	۴۶	۳۹	۴۱/۲
بالانرازدیپلم	۲۳	۲۵	۲۶/۳
مدت ابتلا به فشارخون بالا			
کمتر از یکسال	۱۴	۱۶	۱۶/۹
۱-۳ سال	۳۰	۲۹	۳۰/۵
۳-۵ سال	۳۵	۳۹	۴۱/۱
هسال به بالا	۱۶	۱۱	۱۱/۶
شاخص توده بدنی			
کمتر از ۱۸	۰	۲	۲/۱
۱۸-۲۴	۳۵	۲۶	۲۷/۴
۲۵-۲۹	۳۵	۴۲	۴۴/۲
۳۰ به بالا	۲۵	۲۵	۲۶/۳
سابقه فشارخون در فامیل درجه یک			
بله	۵۷	۴۵	۴۷/۴
خیر	۳۵	۵۰	۵۲/۶
کنترل فشارخون			
بله	۶۰	۶۲	۶۵/۳
خیر	۳۵	۳۳	۳۴/۷
مصرف دارو			
بله	۵۷	۵۳	۵۵/۸
خیر	۲۸	۴۲	۴۴/۲

گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری پیدا شد ($p < 0/001$). در مورد متغیر موانع درک شده نیز تفاوت معنی داری در بیماران مداخله و کنترل هم در قبل و هم در بعد از مداخله وجود داشت ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲).

براساس یافته های حاصل از این پژوهش اکثریت بیماران اطلاعات خود را در زمینه کنترل فشارخون قبل از مداخله آموزشی را از طریق رسانه های آموزشی از جمله رادیو و تلویزیون (۵۲/۶ درصد)، به دست آوردند، در صورتی که بعد از مداخله آموزشی بیشترین راهنما برای عمل در بعد عوامل خارجی مربوط به کلاس آموزشی (۸۴/۲ درصد) بود. نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که قبل و بعد از مداخله آموزشی از نظر گزارش پوستر، پمفلت و جزوات آموزشی و کلاس آموزشی به عنوان راهنما برای عمل در بعد خارجی تفاوت معنی داری وجود داشت. ولی از نظر گزارش رادیو و تلویزیون عنوان راهنما برای عمل تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

بحث

با توجه به شیوع بالای فشارخون در ایران (۵) و با توجه به کاربرد این مدل در پیشگیری ثانویه می توان از این مدل برای پیشگیری از ابتلاء به عوارض فشارخون استفاده کرد و نتایج بررسی ها نشان می دهد که رفتارها و عادات بهداشتی نقش مهمی در پیشگیری از ابتلاء به عوارض فشارخون دارد (۹). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی بیماران در گروه مداخله بعد از آموزش به طور معنی داری افزایش یافته بود، درحالی که در گروه کنترل چنین نتایجی مشاهده نشد. در توجیه این مسئله می توان گفت که برنامه های آموزشی برنامه ریزی شده و مشارکت فعال بیماران و درگیر کردن آنان در کلاس های آموزشی تا حدودی توانسته سبب ارتقاء میزان آگاهی بیماران در مورد رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون شود که این مطالعه با نتایج مطالعه parmar و همکاران در مورد تاثیر آموزش

براساس آزمون تی مستقل، اختلاف معنی داری بین دو گروه به لحاظ متغیرهای آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد وجود نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده بیماران گروه مداخله افزایش معنی داری یافت و بین دو

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره آگاهی و اجزای نگرشی (حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده و عملکرد) قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله		تی زوجی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی	مداخله	۴/۱۲	۱/۵۱	۷/۲۳	۱/۲۰	$p < 0/001$
	کنترل	۴/۰۵	۱/۵۱	۴/۱۰	۱/۴۷	$p = 0/227$
	تی مستقل	$p = 0/738$				$p < 0/001$
حساسیت درک شده	مداخله	۱۰/۹۶	۲/۱۸	۱۷/۰۹	۲/۲۰	$p < 0/001$
	کنترل	۱۰/۹۲	۲/۱۴	۱۰/۹۶	۲/۱۸	$p = 0/482$
	تی مستقل	$p = 0/893$				$p < 0/001$
شدت درک شده	مداخله	۱۶/۰۰	۳/۰۳	۲۲/۴۰	۲/۶۶	$p < 0/001$
	کنترل	۱۵/۸۲	۲/۹۲	۱۵/۸۷	۲/۸۸	$p = 0/058$
	تی مستقل	$p = 0/679$				$p < 0/001$
منافع درک شده	مداخله	۲۲/۶۸	۳/۶۷	۲۹/۲۲	۲/۳۴	$p < 0/001$
	کنترل	۲۲/۲۶	۳/۵۵	۲۲/۱۵	۳/۵۱	$p = 0/294$
	تی مستقل	$p = 0/423$				$p < 0/001$
موانع درک شده	مداخله	۲۰/۲۴	۳/۵۴	۱۴/۲۹	۵/۴۹	$p < 0/001$
	کنترل	۲۰/۴۴	۳/۵۲	۲۰/۴۱	۳/۵۶	$p = 0/551$
	تی مستقل	$p = 0/697$				$p < 0/001$
خودکارآمدی	مداخله	۱۲/۸۹	۲/۸۶	۱۷/۱۵	۲/۴۳	$p < 0/001$
	کنترل	۱۲/۶۱	۳/۱۰	۱۲/۷۹	۲/۹۷	$p = 0/489$
	تی مستقل	$p = 0/512$				$p < 0/001$
عملکرد	مداخله	۱۸/۰۷	۳/۵۸	۲۴/۹۰	۲/۷۰	$p < 0/001$
	کنترل	۱۸/۱۰	۳/۵۶	۱۸/۱۳	۳/۶۳	$p = 0/712$
	تی مستقل	$p = 0/952$				$p < 0/001$

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی راهنما برای عمل در بعد خارجی قبل و ۳ ماه بعد از مداخله

سطح معنی داری	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله		راهنما برای عمل برای بعد خارجی
	بله تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	بله تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	
۰/۷۸	۵۰ (۵۲/۶)	۴۵ (۴۷/۳)	۵۱ (۵۳/۶)	۴۴ (۴۶/۳)	رادیو و تلویزیون
۰/۶۶	۳۰ (۳۱/۵)	۶۵ (۶۸/۴)	۳۲ (۳۳/۶)	۶۳ (۶۶/۳)	پزشک، پرستار
۰/۰۰۱	۹ (۹/۴)	۸۶ (۹۰/۵)	۸۰ (۸۴/۲)	۱۵ (۱۵/۷)	کلاس آموزشی
۰/۰۰۱	۶ (۶/۳۱)	۸۹ (۹۳/۶)	۷۶ (۸۰)	۱۹ (۲۰)	پوستر، کتابچه و بروشور

توجیه این مسئله می‌توان گفت که آموزش سبب ارتقاء حساسیت درک شده و به دنبال آن افزایش شدت درک شده در گروه مداخله می‌شود، به طوری که همه بیماران فشارخونی بعد از آموزش این اعتقاد را پیدا کردند که در صورت عدم کنترل فشارخون در معرض ابتلاء به عوارض فشارخون قرار می‌گیرند و عمق این خطر و جدی بودن عوارض را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی درک کردند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره منافع درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معنا داری یافت و براساس مطالعات مختلف انجام شده رابطه ی قوی بین

بر آگاهی و نگرش و عملکرد افراد درمورد فشارخون مشابهت داشت (۱۱). بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی در رابطه با این بیماری در جهت افزایش سطح آگاهی این بیماران توسط پزشک و همکاران در مراکز بهداشتی درمانی انجام شود. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره حساسیت و شدت درک شده بعد از آموزش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری یافت که با مطالعه عباس زاده و همکاران در بررسی ارتقای آگاهی و نگرش بیماران دچار انفارکتوس میوکارد با استفاده از نمایش فیلم براساس الگوی باور سلامتی مطابقت داشت (۱۲). در

افزایش منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای بهداشتی وجود دارد که با نتایج مطالعه کاشفی و همکاران که تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را بررسی کردند، مطابقت داشت (۱۳). در مطالعه حاضر میانگین نمرات موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به کنترل به صورت معنی داری کاهش یافته بود که با مطالعات پیشین از جمله مطالعه عباس زاده و همکاران در بررسی ارتقای آگاهی و نگرش بیماران دچار انفارکتوس میوکارد با استفاده از نمایش فیلم بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی مطابقت داشت (۱۲) نتایج این مطالعه نشان دهنده اثربخشی آموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در کاهش موانع درک شده در اتخاذ رفتارهای بهداشتی بود و هم چنین بنا بر مطالعه جلیلیان تاثیر آموزش بر بیماران دیابتی بر اساس الگوی باور سلامتی موانع درک شده از عوامل پیش بینی کننده اتخاذ رفتارهای بهداشتی است (۱۴). در توجیه این مسئله می توان اشاره کرد که افزایش منافع درک شده بیماران در خصوص ارتقاء رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون می تواند نقش موثری در کاهش موانع درک شده در بیماری مبتلا به پرفشاری خون شود. خودکارآمدی درک شده، مقدمه انجام یک رفتار به حساب می آید، بنابراین باید توجه ویژه ای به افزایش خودکارآمدی نمود (۱۳). در این مطالعه میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری یافت که با نتایج مطالعه kim همخوانی دارد در مطالعه Kim گزارش شد با طراحی برنامه ارتقاء دهنده خودکارآمدی (از جمله اجزای یادگیری مشاهده ای، انجام رفتار و ترغیب کلامی) می تواند به میزان زیادی سطوح خودکارآمدی تأثیرگذار باشد (۱۵). بنابراین پیش بینی می شود که برنامه های آموزشی بر مبنای این سازه می تواند بر ارتقاء رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون اثر بخش باشد.

یافته های این پژوهش نشان می دهد آموزش بر اساس

الگوی باور سلامتی بر رفتار مرتبط با کنترل فشارخون در گروه مداخله به طور معناداری نسبت به گروه کنترل بالا رفته است. هم چنین یافته های پژوهش جلیلیان در همین راستا مبین آن بود که بعد از مداخله آموزشی، افراد گروه مداخله به میزان ۶۰ درصد به عملکرد خوب رسیدند (۱۴). در توجیه این مسئله می توان گفت که آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی می تواند اثر مثبتی بر بهبود رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون داشته باشد، به طوری که در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی عملکرد خوبی در ارتباط با رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون دیده نشد ولی بعد از مداخله آموزشی عملکرد خوبی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل دیده شد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در ارتقاء رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون، موثر بوده است. همچنین از آنجا که متغیرهای مربوط به اجزای الگوی باور بهداشتی، به دنبال اجرای مداخله در گروه مداخله به طور معناداری ارتقاء یافته است، می توان گفت مداخله اجرا شده با الگوی باور بهداشتی تناسب داشته است. بنابراین با توجه به اهمیت نقش آموزش بهداشت در ارتقاء رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون و هم چنین پیشگیری از ابتلاء به عوارض ناشی از پرفشاری خون (سکته قلبی و مغزی، ناراحتی کلیه) و اهمیت رعایت رفتارهای مرتبط با فشارخون در پیشگیری از ابتلاء به این عوارض، ضرورت آموزش در ابعاد وسیعتر و با ابزارهای مختلف در جامعه بیش از پیش احساس می گردد و باید از اولویت های بهداشتی در جامعه محسوب شود. از جمله محدودیت های این مطالعه کمبود فضای فیزیکی برای آموزش به زنان مبتلا به پرفشاری خون بود.

از آنجایی که مطالعه حاضر بر روی رفتارهای مرتبط با کنترل پرفشاری خون در بیماران با استفاده از الگوی باور سلامتی انجام شد، لذا پیشنهاد می شود مطالعات دیگری با استفاده از سایر مدل ها و تئوری های تغییر رفتار در این زمینه انجام شود. همچنین پیشنهاد

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه کارکنان محترم مراکز بهداشتی-درمانی شهر خرم آباد (به خصوص خانم شیرین خادم و خانم تاهید کاظمی) و جناب آقای محمد حاتمی مسئول آموزش بهداشت در شهرستان خرم آباد و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه که ما را در انجام این تحقیق یاری کرده‌اند نهایت قدردانی و تشکر را به عمل می‌آوریم.

می‌شود مطالعه‌ای با این الگو و الگوهای دیگر تغییر رفتار در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان‌های قلب و عروق و مطب‌های قلب و عروق انجام گیرد و در نهایت پیشنهاد می‌شود در مردان مبتلا به پرفشاری خون نیز این آموزش‌ها براساس الگوی باور سلامتی و الگوهای دیگر تغییر رفتار در مکان‌های ذکر شده انجام شود.

References

1. Thiboutot J, Stuckey H, Binette A, Kephart D, Curry W, Falkner B, et al. A web-based patient activation intervention to improve hypertension care: Study design and baseline characteristics in the web hypertension study. *Contemp Clin Trials* 2010; 31(6): 634-646.
2. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta _____, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310(9): 959-968.
3. Nieuwlaat R, Schwalm JD, Khatib R, Yusuf S. Why are we failing to implement effective therapies in cardiovascular disease? *Eur Heart J* 2013; 34(17): 1262-1269.
4. World health Organization. New data highlight increase in hypertension, diabetes incidence. Available at: <http://www.who.int>. Accessed May 16, 2012
5. Ministry of health and medical education. Iran ranks 67 in the world in the number of deaths from hypertension. 2014. mhfm. Ministry of Health and MediEducation. Hakim A, Bagheri R. Prevalence of hypertension and associated factors in ahvaz school age children in 2013. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014; 2(3): 136-141
6. Rahimian Z, Attarzade Hoseyni R, Aryan nejhad J. The Effect of Aerobic Training and Diet on Cardiovascular Risk Factors and Blood Pressure in Overweight and Obese Women With Hypertension. *IJEM* 2010 12(4): 376-384.
7. WHO. A global brief on Hypertension, Silent killer, global public health crisis. 2013. Available at: <http://www.who.int>. Accessed April 2, 2013.
8. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health Behavior and health Education*. Glanz K. Rimer B editors. 4th ed. New York: City John Wiley & Sons; 2008.
9. Robinson T. Hypertension beliefs and behaviors of African Americans in selected Cleveland public housing. Kent State University, Available from: <https://etd.ohiolink.edu>. Accessed December 2, 2012.
10. Parmar P, Rathod GB, Rathod S, Goyal R, Aggarwal S, Parikh A. Study of knowledge, attitude and practice of general population of Gandhinagar towards hypertension. *Int J Curr Microbiol App Sci* 2014; 3(8): 680-685.
11. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Effects of health belief model-based video training about risk factors on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after

- discharge. *J Res Med Sci* 2011; 16(2): 195-199.
12. Kashfi SM, Khani Jeihooni A, Rezaianzadeh A, Amini Sh. The effect of health belief model educational program and jogging on control of sugar in type 2 diabetic patients. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(7): 442-446.
13. Jalilian F, Zinat Motlagh F, Solhi M, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *J Educ Health Promot* 2014; 3: 14.
14. Kim KB, Han HR, Huh B, Nguyen T, Lee H, Kim MT. The effect of a community-based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *Am J Hypertens* 2014; 27(9): 1199-1208.