

تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل باور بهداشتی بر خودمدیریتی فشارخون بالا در بیماران مبتلا به حمله زودگذر مغزی

ثریا بازرگان^۱، نسرين بهرامی نژاد^{۲*}، فاطمه مرادی^۳، رمضان فلاح^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۵/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۶/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بهبود خودمدیریتی درمان فشارخون بالا در بیماران مبتلا به حمله ایسکمیک گذرا در کاهش بروز سکتته مغزی در این بیماران مؤثر است. هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل باور بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی فشارخون بالا در بیماران مبتلا به حمله ایسکمیک گذرا بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه مداخله و کنترل انجام شد، ۵۴ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله، مداخله خودمدیریتی به روش آموزش بر مبنای مدل باور بهداشتی طی ۳ جلسه اجرا گردید. گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند. جمع‌آوری داده‌ها قبل از مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله از طریق پرسشنامه‌ی استاندارد خودمدیریتی و باور بهداشتی انجام گرفت. داده‌های حاصل توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج مطالعه در ارتباط با ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای نشان داد که قبل از مداخله، هر دو گروه مداخله و کنترل، در ارتباط با همه متغیرها به جز شاخص توده‌ی بدنی، با هم همگن بودند. همچنین نتایج نشان داد که بعد از مداخله، میانگین امتیازات خودمدیریتی و باور بهداشتی در بین گروه‌های مداخله و کنترل، دارای اختلاف معنی‌داری بود ($p < 0.01$). همچنین یافته‌ها نشان داد، علیرغم این که کاهش میانگین فشارخون در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود، ولی بین این دو کاهش از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش مبتنی بر مدل باور بهداشتی، یک روش آموزشی مؤثر در ارتقاء خودمدیریتی فشارخون در بیماران مبتلا به حمله ایسکمیک گذرای مغزی است. لذا اجرای آموزش مبتنی بر مدل باور بهداشتی، برای تقویت رفتارهای خودمدیریتی در این بیماران، توصیه می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** مدل باور بهداشتی، فشارخون بالا، خودمدیریتی، حمله ایسکمیک گذرا

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۶۶، مرداد ۱۴۰۲، ص ۴۱۴-۴۰۶

آدرس مکاتبه: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۴۳۳۱۴۸۳۱۸

Email: bahrami_n@zums.ac.ir

مقدمه

در ایران، آمار منتشر شده‌ای در زمینه شیوع حمله ایسکمیک گذرا، وجود ندارد اما آمارهای موجود در خصوص شیوع سکتته مغزی بیانگر افزایش روزافزون بیماری‌های عروق مغزی می‌باشد. به طوری که سکتته مغزی از ششمین علت مرگ در سال ۱۹۹۰ به دومین علت مرگ‌ومیر در سال ۲۰۱۹ رسیده است (۳).

حمله ایسکمیک گذرا^۱، نقیصه‌ای عصبی است که با فقدان ناگهانی عملکردهای حسی، حرکتی و بینایی، تظاهر می‌یابد (۱). در ایالات متحده آمریکا، بروز سالانه‌ی حمله ایسکمیک گذرا، بر اساس مطالعه کوهورت فرامینگهام که در مقطع زمانی ۱۹۴۸ تا ۲۰۱۷، انجام شد، ۱/۱۹ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر برآورد گردید (۲).

^۱ کارشناس داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۲ استادیار بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۳ کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۴ دانشیار آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۱ Transient Ischemic Attack (TIA)

اثر بخشی برنامه‌های آموزش بهداشت، به مقدار زیادی، به استفاده‌ی صحیح، از تئوری‌ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت، بستگی دارد، لذا امروزه استفاده از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار، برای متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ضروری است (۱۳). مدل‌های متعددی در جهت مدیریت و آموزش مبتلایان به فشارخون استفاده شده است که از جمله‌ی این مدل‌ها، می‌توان به مدل بزنف^۴ و مدل رفتار برنامه ریزی شده اشاره کرد (۱۴). الگوی باور بهداشتی یکی از رایج‌ترین تئوری‌ها، در تحقیقات رفتار سلامتی می‌باشد. در این الگو، رفتارهای پیشگیری کننده، مبتنی بر اعتقادات شخص است (۱۱، ۱۴).

نظر به شیوع بالای حمله‌ی ایسکمیک گذرا و اهمیت کنترل فشارخون در مبتلایان به حمله‌ی ایسکمیک گذرا، معرفی برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل‌های تغییر رفتار، جهت آموزش این بیماران، ضروری احساس می‌شود. در همین راستا، مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل باور بهداشتی بر خودمدیریتی فشارخون بالا، در بیماران مبتلا به حمله‌ی زودگذر مغزی انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع نیمه تجربی که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه مداخله و کنترل انجام شد. جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی بیماران بستری شده در بخش اعصاب بیمارستان ولیعصر شهر زنجان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. مطالعه پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق (IR.ZUMS.REC.1397.21)، از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان آغاز شد. حجم نمونه، باتوجه به میانگین و انحراف معیار داده‌ها و همچنین ضریب همبستگی نمونه‌ها، از فرمول زیر تعیین شد.

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی عملکرد بر اساس مطالعه افتخار اردبیلی و همکاران (۱۵) در گروه مداخله و کنترل به ترتیب (±3/1)

$$n = \frac{(\sum_{i=1}^k \sigma_i^2 + \sigma_{\epsilon}^2) \cdot (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (0.6 + 1.52)}{(2.29 - 1.98)^2} = 22$$

نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و بر اساس قرعه کشی با پرتاب سکه به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله ۲۷ نفر و گروه کنترل ۲۷ نفر قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل داشتن سن ۳۵ تا ۷۰ سال (۱۵)، تأیید ابتلا به حمله‌ی ایسکمیک گذرا بر اساس پرونده‌ی بیمار، داشتن ریسک

عوامل خطرزای متعددی در ابتلا به حمله‌ی ایسکمیک گذرا مؤثر است. انجمن سکتی مغزی امریکا، عوامل خطرزای حمله‌ی ایسکمیک گذرا را در قالب دودسته‌ی غیرقابل اصلاح و قابل اصلاح، طبقه‌بندی کرده است. علل غیرقابل اصلاح شامل سن، جنس، نژاد و سابقه‌ی خانوادگی و علل قابل اصلاح شامل استعمال دخانیات، چاقی، عدم تحرک فیزیکی، اختلالات قلبی، افزایش سطح لیپید های سرم، بیماری قلبی و عروقی، دیابت ملیتوس و فشارخون بالا می‌باشد (۴) فشارخون بالا، قوی‌ترین عامل حمله‌ی ایسکمیک گذرا و سکتی مغزی بوده و با شیوع ۸۵ درصد بالاترین شیوع در بین سایر عوامل خطرزا را به خود اختصاص می‌دهد (۵). با وجود انواع درمان دارویی و غیردارویی برای فشارخون بالا، کنترل این بیماری هنوز ضعیف است (۶).

مصرف منظم دارو و اصلاح سبک زندگی، یکی از رویکردهای مؤثر در درمان فشارخون بالا است (۱). بررسی متون، نشان می‌دهد تاکنون مداخلات آموزشی متعددی از جمله خودمراقبتی (۷)، خانواده - محور (۸)، فرد - محور آموزش الکترونیک با سرویس پیام کوتاه (۹)، در آموزش بیماران فشارخون بالا، مورد استفاده قرار گرفته است. در سال‌های اخیر، رویکرد خودمدیریتی در توانمندی سازی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله مبتلایان به فشارخون بالا، مورد توجه قرار گرفته است (۱۰). رویکرد خودمدیریتی، دیدگاه جامع‌تری در مقایسه با روش‌های مرسوم در آموزش بیماران مبتلا به فشارخون بالا دارد. این رویکرد به کنترل سبک زندگی اشاره دارد و روشی است که در آن، بیمار در پیشگیری و کنترل بیماری خود، نقش محوری دارد (۱۱). اجزای کلیدی خودمدیریتی فشارخون بالا شامل تبعیت دارویی، خود کنترلی فشارخون، اصلاح سبک زندگی مثل تغذیه‌ی سالم، ورزش و ترک سیگار هستند که باید تقویت این موارد را در بیماران مورد هدف قرار داد (۶).

مطالعات متعددی، اهمیت خودمدیریتی را در مبتلایان به بیماری فشارخون نشان داده‌اند، در همین راستا، مطالعه‌ی اختر^۲ و همکاران (۲۰۱۰) درباره‌ی سطح خودمدیریتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دربنگلادش، بیانگر نامطلوب بودن سطح خودمدیریتی به ویژه در بیماران مسن، مردان و بیماران تازه تشخیص داده شده بود (۱۱). مطالعه وانگ^۳ و همکاران (۲۰۱۷) در چین نیز نشان داد خودمدیریتی در مبتلایان به فشارخون بالا مطلوب نبوده و متأثر از سطح سواد بهداشتی و سطح تحصیلات و سن می‌باشد (۱۲).

⁴ Beliefs, attitudes, Subjective norms and enabling factors

² Akhtar

³ Wang

مدل باور بهداشتی $\alpha=0/706$ برآورد گردید. جمع‌آوری داده‌ها، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله انجام گرفت. فشارخون هر دو گروه از بیماران، قبل از مداخله و پس از آن در هر ماه، تا ۳ ماه، اندازه‌گیری شد. برای انجام مداخله آموزشی، پژوهشگر در محیط پژوهش (بخش اعصاب بیمارستان ولیعصر زنجان) حضور یافت. ابتدا اهداف پژوهش به بیمارانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، ارائه شد و سپس بعد از کسب رضایت آگاهانه، مداخله شروع شد. در ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و وضعیت خودمدیریتی و باور بهداشتی تکمیل گردید و بعلاوه فشارخون بیمار کنترل گردید. سه جلسه آموزشی چهره به چهره فردی به مشارکت اعضای خانواده برای بیمار اتاق آموزش برگزار شد. جلسات آموزشی به صورت پشت سرهم بود و مدت آن از ۳۰-۴۵ دقیقه متغیر بود. در طول جلسات آموزشی بیماران نیز عقاید و تجربیات خود را در جلسه مطرح می‌کردند و اگر نظر و پیشنهادی داشتند، بیان می‌کردند. برنامه و محتوی آموزشی جلسه اول، شامل تعریف حمله‌ی ایسکمیک گذرا، سکتی مغزی و فشارخون بالا و علائم آنها، ریسک فاکتورهای و عوارض فشارخون بالا بود. در جلسه دوم، اصلاحات مورد نیاز در سبک زندگی، شامل فعالیت فیزیکی، ترک سیگار و کاهش وزن و کاهش استرس و تاکید به مصرف منظم داروهای فشارخون بالا، ضد فشارخون منافع انجام اقدامات درمانی، مانند کنترل فشارخون در جهت عدم ابتلا به عوارض خطرناک بیماری و اشاره به موانع و مشکلات مسیر درمان و نتایج مثبت رعایت برنامه درمانی به مددجویان آموزش داده شد. به علاوه، به بیماران توصیه شد از روزنامه و کتاب و راهنمایی پرسنل درمان، جهت کنترل مؤثر فشارخون بالا، استفاده کنند. همی مباحث مطرح شده، بر طبق سازه‌های مدل باور بهداشتی بود. در جلسه سوم نیز مجدداً مباحث مطرح شده در جلسه اول و دوم با بیمار مرور شدند. در پایان، به بیماران توصیه شد که محتوای رفتارهای بهداشتی آموخته شده‌ی کلاس را در زندگی روزمره، اجرا نمایند. همچنین به بیماران توصیه شد که در صورت داشتن هر نوع سؤال یا مشکلی، با تلفن همراه پژوهشگر، تماس بگیرند. لازم به ذکر است که گروه کنترل در زمان انجام مداخله، مراقبت روتین بخش را دریافت کردند. اما به منظور رعایت اصول اخلاقی، کتابچه‌ی آموزشی تهیه شده در مورد خودمدیریتی فشارخون، بعد از جمع‌آوری داده‌های مربوط به پس‌آزمون، در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. اغلب مددجویان بعد از اتمام مداخله آموزشی ترخیص شدند. مدت پیگیری بیماران ۳ ماه بود و در طی این سه ماه کمک پژوهشگر ماهانه به منزل مددجو (هم گروه کنترل و هم مداخله) مراجعه و فشارخون آنها را اندازه‌گیری نمودند. بعلاوه در پایان ماه سوم مجدداً کنترل فشارخون و تکمیل پرسشنامه خودمدیریتی و باور بهداشتی توسط کمک پژوهشگر انجام شد.

فاکتور فشارخون بالا برای حمله‌ی زودگذر مغزی براساس پرونده‌ی بیمار و توانایی برقراری ارتباط کلامی و سلامت شنوایی و تسلط به زبان ترکی یا فارسی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به بیماری جدی جسمی و روحی جدید در حین مداخله و شرکت در جلسات آموزشی و پژوهشی مشابه در طول اجرای مطالعه بود. ابزار مورد استفاده جهت جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی سه قسمتی شامل اطلاعات فردی (مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان درآمد خانواده، تحصیلات، شاخص توده‌ی بدن و بیماری‌های همراه) پرسشنامه‌ی خودمدیریتی اختر و همکاران (۲۰۱۰) (۱۱) و سطح باورهای بهداشتی بیماران، بر اساس پرسشنامه‌ی مدل باور بهداشتی بود (۱۵). پرسشنامه‌ی خودمدیریتی، دارای ۵ بعد، از جمله یکپارچگی (با ۱۳ گویه)، خودتنظیمی (با ۹ گویه)، تعامل با گروه درمان (با ۹ گویه)، خودپایشی (با ۴ گویه) و تبعیت از برنامه‌ی درمانی (با ۵ گویه) می‌باشد. امتیاز بندی گویه‌ها، براساس مقیاس ۴ امتیازی لیکرت، از هرگز (با امتیاز ۱) تا همیشه (با امتیاز ۴) می‌باشد. بر اساس این پرسشنامه، افراد بر اساس نمرات کسب شده در سه سطح قرار می‌گیرند. مددجویان در صورت کسب نمره‌ی ۴۰ تا ۸۰، در سطح ضعیف، ۸۱ تا ۱۲۰ در سطح متوسط و ۱۲۱ تا ۱۶۰ در سطح خوب، از نظر خودمدیریتی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی مدل باور بهداشتی، شامل سازه‌های حساسیت درک شده (۸ گویه)، شدت درک شده (۸ گویه)، منافع درک شده (۸ گویه)، راهنما برای عمل (۸ گویه) و خودکارآمدی (۸ گویه) می‌باشد. روش نمره گذاری کلیه‌ی سازه‌های مدل به‌جز آگاهی و راهنما برای عمل، بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای، از کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) تا کاملاً موافقم (امتیاز ۵) می‌باشد. دامنه‌ی نمرات برای سازه‌های فوق، از ۸ تا ۴۰ بود. در خصوص سازه‌ی آگاهی و راهنما برای عمل نیز روش نمره گذاری، بدین صورت است که به پاسخ بله، نمره‌ی ۲ و پاسخ خیر، نمره‌ی ۱، تعلق گرفت. دامنه‌ی نمرات برای سازه‌ی فوق نیز از ۸ تا ۱۶ بود (۱۳). به منظور استفاده از پرسشنامه‌ی خودمدیریتی، قبلاً از توسعه دهندگان پرسشنامه، اجازه‌ی ترجمه گرفته شد و سپس پرسشنامه، توسط پژوهشگر، به زبان فارسی، ترجمه و مجدداً توسط فرد آشنا به زبان انگلیسی، از فارسی به انگلیسی برگردانده شد. مجدداً هر دو نسخه‌ی فارسی و انگلیسی توسط نفر سوم آشنا به زبان انگلیسی با هم مطابقت داده شد. در مطالعه‌ی حاضر، جهت ارزیابی روایی صوری و محتوایی، پرسشنامه‌ی نهایی، به ۱۰ فرد خبره شامل اعضای هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی زنجان، ارائه و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. جهت پایایی درونی ابزار در طی مطالعه‌ی راهنما، پرسشنامه، برای ۱۵ نفر از بیماران، تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ، برای کل ابعاد خودمدیریتی $\alpha=0/816$ و برای کل ابعاد

گروه مداخله، به ترتیب از ۱۱۳ به ۱۲۳، بعد از مداخله، ارتقاء پیدا کرد. در خصوص ارتقای سطح باورهای بهداشتی، نتایج مطالعه نشان داد، میانگین نمره‌ی باور بهداشتی، در گروه مداخله، به ترتیب از ۱۷۸ قبل از مداخله، به ۱۸۴ بعد از مداخله، ارتقاء پیدا کرد. به علاوه بر اساس نتایج مطالعه، وضعیت باور بهداشتی بیماران در دو گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری دارای تفاوت معنی دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۲).

نتایج مطالعه درباره‌ی کنترل فشارخون، به این صورت بود که بعد از اجرای مداخله، میزان فشارخون، بین دو گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری، تفاوت معنی‌داری نداشت ($p < 0/131$). البته بعد از اجرای مدل آموزشی، میانگین سطح فشارخون، در گروه مداخله، از ۱۴۹/۴۴ به ۱۳۲/۴۰ پس از سه ماه، از اجرای مداخله، کاهش پیدا کرد. در گروه کنترل نیز میانگین فشارخون، پس از سه ماه، از ۱۴۸/۵۱ به ۱۳۶/۶۶ کاهش یافت. اگر چه کاهش فشارخون بعد از انجام مداخله، در گروه مداخله از گروه کنترل بیشتر بود. اما تفاوت کاهش فشارخون بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل، معنی دار نبود ($P > 0/05$) (جدول ۳). همچنین نتایج آزمون اندازه‌گیری تکراری نیز نشان داد کاهش فشارخون در هر دو گروه معنی دار بود ($P = 0/001$) اما دو گروه مداخله و کنترل تفاوتی معنی‌داری از نظر کاهش نداشتند ($P > 0/05$) (جدول ۴).

مطالعه بعد از دریافت مجوز و نامه‌ی کمیته‌ی اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی زنجان، با مراجعه به مرکز آموزشی و درمانی ولیعصر و پس از توضیح اهداف پژوهش و این‌که شرکت در مطالعه به صورت آزادانه است، اقدام به نمونه‌گیری شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت. ابتدا داده‌ها، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیروئوف، از نظر برخورداری از توزیع نرمال، بررسی شدند. برای تعیین ارتباط بین متغیرها، از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی و کای دو و اندازه‌گیری‌های تکراری، استفاده شد. در تمام آزمون‌های آماری، سطح معنی‌داری، مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد هر دو گروه مداخله و کنترل، از نظر متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای مانند جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، محل زندگی، مصرف سیگار، بیماری‌های همراه و تعداد داروهای مصرفی برای فشارخون بالا، همگن بودند، اما در ارتباط با متغیر شاخص توده‌ی بدنی، همگن نبودند (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیانگر این است که، بعد از اجرای مداخله، سطح خودمدیریتی، در گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری، تفاوت معنی‌داری داشت ($p = 0/006$) و میانگین نمره‌ی خود مدیریتی

جدول (۱): مقایسه‌ی مشخصات دموگرافیک بیماران مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

مقدار P	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱	۵۹٪	۱۶	۵۹٪	۱۶	زن	جنس
	۴۰٪	۱۱	۴۰٪	۱۱	مرد	
۰/۲۵۲	۱۴٪	۴	۷٪	۲	زیر ۵۰ سال	سن
	۸۵٪	۲۳	۹۲٪	۲۵	بالای ۵۰ سال	
۰/۹۹۴	۷٪	۲	۷٪	۲	بیکار	شغل
	۵۱٪	۱۴	۵۵٪	۱۵	خانه دار	
	۱۱٪	۳	۷٪	۲	کشاورز	
	۳٪	۱	۳٪	۱	کارمند	
۰/۰۱۴	۲۵٪	۷	۲۵٪	۷	بازنشسته	اندکس توده بدنی
	۵۱٪	۱۴	۱۸٪	۵	۲۵ تا ۱۹	
	۲۲٪	۶	۱۸٪	۵	۳۰ تا ۲۵ بالای ۳۰	
۰/۷۷۹	۷۰٪	۱۹	۷۷٪	۲۱	هرگز	مصرف سیگار
	۲۲٪	۶	۱۴٪	۴	ترک شده	
	۷٪	۲	۷٪	۲	بله	
۰/۹۰۸	۲۵٪	۷	۲۹٪	۸	دیابت	بیماری‌های

مقدار P	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	۱۵٪	۴	۱۸٪	۵	قلبی	همراه
	۷٪	۲	۳٪	۱	کلیوی	
	۵۱٪	۱۴	۴۸٪	۱۳	هیچ بیماری	

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار متغیرهای خود مدیریتی و باور بهداشتی

P-value	df	آزمون تی مستقل	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر	گروه
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۶۱۷	۵۲	۰/۵۰۴	۱۰	۱۱۳/۶	۱۰/۸	۱۱۲	خود مدیریتی	پیش‌آزمون
۰/۲۲۲	۵۲	۱/۲۳۷	۶/۶	۱۷۸/۲	۷/۷	۱۷۵/۴۵	باور بهداشتی	
۰/۰۰۶	۵۲	۲/۸۹۵	۷/۶	۱۲۳/۲	۱۰	۱۱۵/۶	خود مدیریتی	پس‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۵۲	۴/۴۲۴	۶/۰۵	۱۸۴/۸	۷/۷	۱۷۶	باور بهداشتی	

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار فشارخون در دو گروه کنترل و مداخله

P-value	df	آزمون تی مستقل	گروه مداخله		گروه کنترل		فشارخون	گروه
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۷۲۶	۵۲	۰/۳۵۲	۱۰/۱۲	۱۴۹/۴۴	۹/۱۷	۱۴۸/۵۱	فشارخون پایه	فشارخون یک ماه بعد
۰/۶۷۳	۵۲	۰/۴۲۴	۱۰/۳۵	۱۴۰/۷۴	۱۲/۰۳	۱۳۹/۴۴	فشارخون دو ماه بعد	
۰/۱۱۳	۵۲	۱/۶۱۳	۱۲/۷۳	۱۳۴/۴۴	۱۳/۴۰	۱۴۰/۱۸	فشارخون سه ماه بعد	فشارخون سه ماه بعد
۰/۱۳۱	۵۲	۱/۵۳۳	۸/۹۱	۱۳۲/۴۰	۱۱/۳۵	۱۳۶/۶۶		

جدول (۴): بررسی داده‌های آزمون اندازه‌های تکراری برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	p-value	مجذور اتا
فشارخون	تکرار	۴۲۴۷۶۱۱،۵۷	۱	۴۲۴۷۶۱۱،۵۷	۱۶۰۵۲،۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
سیستولیک	گروه	۲۰۴،۱۶۷	۱	۲۰۴،۱۶۷	۰/۷۷۲	۰/۳۸۴	۰/۰۱۵
خطا		۱۳۷۵۹،۲۵	۵۲	۲۶۴،۶۰۱			

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل باور بهداشتی بر خودمدیریتی فشارخون بالا، در بیماران مبتلا به حمله‌ی زودگذر مغزی انجام شد. نتایج نشان داد مطالعه‌ی مداخله‌ی آموزشی با استفاده از مدل باور بهداشتی، می‌تواند به بهبود وضعیت خودمدیریتی در بیماران مبتلا به حملات ایسکمیک مغزی دارای فشارخون بالا منجر گردد. سطح خودمدیریتی، مرتبط با بررسی پارامترهای خود یکپارچگی، خود تنظیمی، تعامل با گروه درمان، خود پایشی و تبعیت از برنامه‌ی درمانی است. مطالعات متعددی، اهمیت خودمدیریتی را در مبتلایان

به بیماری فشارخون، نشان داده‌اند، در همین راستا، مطالعه‌ی خضری و همکاران درباره‌ی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به فشارخون بالا، نشان داد، اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خودمدیریتی با تأکید بر سالمندان مبتلا به فشارخون بالا، توانست به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیانجامد (۱۶). نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما، با یافته‌های حاصل از پژوهش بالجانی و همکاران در مورد ارتباط بین مداخلات خودمدیریتی و تبعیت دارویی و سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی، همخوانی دارد. چنان چه نتایج مطالعه‌ی ایشان، نشان داد که، مداخلات

(۱۳۹۳)، تا حدی با نتایج ما همسو بود. به طوری که در این مطالعه، برنامه‌ی خودمراقبتی، بر کاهش فشارخون سیستولیک بیماران دیابتی، مؤثر نبوده ولی در کاهش فشارخون دیاستولیک مؤثر بوده است. از آنجا که بیماری فشارخون بالا، در بیماران دیابتی، شایع و اغلب حادثه خیز است، بهتر است با اجرای چنین برنامه‌ای، برای بیماران مبتلا به دیابت، میزان فشارخون را کنترل کرد (۲۱). مخالف با نتایج مطالعه حاضر، نتایج صادقی و همکاران (۱۳۹۳) درزمینه‌ی به کارگیری الگوی باور بهداشتی در کاهش فشارخون بیماران، نشان داد، در گروه مداخله، میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بعد از مداخله، کاهش معنی‌داری داشته و مداخله‌ی آموزشی مؤثر بوده است و به میزان ۸ میلی‌متر جیوه در فشارخون سیستولیک و ۴ میلی‌متر جیوه در فشارخون دیاستولیک، کاهش رخ داده است (۲۲). بیماری فشارخون بالا خطرناک بوده و خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را افزایش می‌دهد (۲۳). لذا با توجه به عوارض بیماری آموزش خودمدیریتی به تمام مبتلایان به فشارخون بالا پیشنهاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر دفعات کنترل فشارخون بود. با توجه به عوامل متأثر کننده فشارخون، جهت نشان دادن بهتر اثرات مداخله آموزشی به نظر می‌رسد بهتر است دفعات سنجش فشارخون هفتگی باشد. از طرفی در مطالعه حاضر به علل محدودیت‌های زمانی، حداقل مدت پیگیری در نظر گرفته شد، لذا برای ارزیابی بهتر نتایج مداخله آموزشی انجام مطالعات بعدی با مدت پیگیری بیشتر از سه ماه توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری: بنابراین با توجه به ماهیت مزمن بیماری فشارخون بالا و ارتباط آن با ایجاد سکنه‌ی مغزی و نیاز به درمان‌های طولانی مدت و همچنین با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق و تأثیر آن بر خودمدیریتی فشارخون بالا، به نظر می‌رسد استفاده از این مدل آموزشی، بتواند به کنترل فشارخون بالا، کمک کند، هرچند در این مطالعه، کاهش فشارخون، چندان معنی‌دار نبود ولی شاید بتوان با افزایش حجم نمونه و اختصاص ساعات بیشتری برای آموزش این مدل، نتایج بهتری به دست آورد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد است. نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان به جهت حمایت مالی از این طرح و همچنین و همکاران محترم بیمارستان ولیعصر و آنانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، همچنین از کلیه‌ی بیمارانی که بدون حضور مشارکت آنان، اجرای این طرح میسر نبود، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

خودمدیریتی در تبعیت از رژیم دارویی و تغییرات سبک زندگی، در ابعاد مختلف رژیم غذایی کم چرب، می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۷). میانگین نمره وضعیت باورهای بهداشتی بیماران، در گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله، تفاوت آماری، معنی‌دار نبود. اما بعد از مداخله، میانگین نمره وضعیت باور بهداشتی بیماران، بین گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری دارای تفاوت معنی‌دار بود، به عبارت دیگر، میانگین نمره باور بهداشتی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری داشت. سطح باورهای بهداشتی بیماران، با پارامترهای آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی مرتبط است و نتایج نشان داد پس از مداخله، بین گروه‌های مداخله و کنترل، به‌جز در متغیرهای موانع درک شده و راهنما برای عمل، در بقیه‌ی ابعاد، تفاوت معناداری دیده می‌شود. لذا بر اساس این نتایج، می‌توان گفت مداخله‌ی آموزشی با رویکرد مدل باور بهداشتی، در بهبود سطح باورهای بهداشتی بیماران، مؤثر بوده است. مدل باور بهداشتی، ادراک فرد از تهدید ناشی از یک مسئله‌ی بهداشتی و ارزیابی توانان از یک رفتار توصیه شده جهت پیشگیری یا مدیریت مشکل را مخاطب قرار می‌دهد (۱۵). نتایج مطالعات انجام گرفته درزمینه‌ی به کارگیری الگوی باور بهداشتی در تغییر رفتار، حاکی از موفقیت آمیز بودن این الگو می‌باشد. به طوری که همسو با نتایج مطالعه‌ی ما، نتیجه‌ی مطالعه‌ی مظاهری دهنوسطی و همکاران درباره‌ی تأثیر این مدل بر فعالیت فیزیکی در زنان دارای چاق، مثبت ارزیابی شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، آموزش بر اساس مدل باور بهداشتی، بر تصمیم‌گیری زنان برای افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش وزن مؤثر بوده است (۱۸). همچنین نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط شجاعی فر و همکاران طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ با هدف تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر مبنای مدل باور بهداشتی، در کنترل بیماری فشارخون بالا، نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمرات تمام سازه‌های مدل باور بهداشتی، به طور معنی‌داری افزایش یافت. نتایج حاصل از این مطالعه، نشان داد که مدل باور بهداشتی، در آموزش بیماران مبتلا به فشارخون، مؤثر بود (۱۹).

درخصوص میزان فشارخون بیماران، نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد، بعد از اجرای مداخله، میانگین نمره فشارخون، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری، تفاوت معنی‌داری نداشت. البته در گروه مداخله میزان کاهش فشارخون بعد از ۳ ماه بیشتر از گروه کنترل بود. دلیل این امر، شاید وجود تهدید درک شده، در هر دو گروه باشد، چرا که هر دو گروه، حمله‌ی ایسکمی گذرا را تجربه کرده‌اند، و این تهدید، می‌تواند عاملی برای تبعیت بهتر بیماران از برنامه درمانی باشد (۲۰). نتایج مطالعه‌ی شاهداغی و همکاران

References:

- Hinkle J L, Cheever K H, Hinkle J L. (2018). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 14th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer;2018.
- Lioutas VA, Ivan CS, Himali JJ, Aparicio HJ, Leveille T, Romero JR, Beiser AS, Seshadri S. Incidence of Transient Ischemic Attack and association with long-term risk of stroke. *JAMA* 2021;325(4):373-381. doi: 10.1001/jama.2020.25071. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25071>
- GBD Compare. University of Washington. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbdcompare>. Accessed October 7, 2021.
- Ferris A, Robertson RM, Fabunmi R, Mosca L. American heart association and american stroke association national survey of stroke risk awareness among women. *Circulation* 2005;111(10):1321-6. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000157745.46344.A1>
- Zhang WW, Cadilhac D, Donnan G, O'Callaghan C, Dewey H. Hypertension and TIA. *Int J Stroke* 2009;4(3):206-14. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2009.00277.x>
- Neminqani DM, El-Shereef EA, Thubiany M. Hypertensive Patients: Self-Care Management Practices in Al-Taif, KSA. *Int J Sci Res* 2013;12(4):1705-1714. <https://doi.org/10.21275/v4i12.NOV152310>
- Daniali SS, Eslami AA, Maracy MR, Shahabi J, Mostafavi-Darani F. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atheroscler* 2017;13(1):20-8.
- Bahraminejad N, Hanifi N, Moosavi Nasab N. Comparing the effect of two family-and individual-based interventions on blood pressure and lifestyle. *J Qazvin Univ Med Sci Health Serv* 2008;12(1):62-79.
- Sheikh Abumasoudi R, Salarvand S, Fesharaki H, Atashi V, Moghimian M, Kashani F, et al. The effect of electronic education and short message service on hemoglobin A1C, interdialytic weight gain and blood pressure in diabetic patients undergoing hemodialysis. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(7):620-9.
- Hessler DM, Fisher L, Bowyer V, Dickinson LM, Jortberg BT, Kwan B, Fernald DH, Simpson M, Dickinson WP. Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1012-x>
- Akhter N. Self-management among patient with hypertension in Bangladesh . [dissertation]. Prince of Songkla University; 2010.
- Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2017;16(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0551-9>
- Nutbeam, Don, Harris, E. and Wise, W. (2010) *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. Sydney: McGraw-Hill;2010.
- Arani MD, Taghadosi M, Gilasi HR. The effect of education based on basnef model on lifestyle in patients with hypertension. *Iran Red Crescent Med J* 2017; 19(11):e40731. <https://doi.org/10.5812/ircmj.40731>
- Eftekhari Ardebili H, Moradi H, Mahmoudi M. Effect of educational intervention based on the health belief model in blood pressure control in hypertensive women. *J Maz Univ Med* 2014;24(119):62-71.

16. Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of self-management empowering model on the quality of life in the elderly patients with hypertension. *Iran J Ageing* 2016;10(4):68-79
17. Baljani E, Rahimi Zh, Heidari Sh, Azimpour A. The Effect of self-management Interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2012;20(3):58-68
18. Mazaheri Dehosta A, Aghamolaei T, Mohseni SH, Mooseli A, Dadipoor S. Effect of an Educational Program Based on the Health Belief Model on Physical Activity of Obese Women. *J Prevent Med* 2022;9(2):194-205.
19. Shojaeifar H, Sobhani A, Shojaeifar S. Research on model belief health on based intervention educational of effect the to referring hypertension with patients in control pressure blood 2017-2018 Isfahan in hospital Shariati of clinic. *Jundishapur Sci Med J* 2022;20(6):506-17. <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.6.1889>
20. Lee S Y, Shanshan Y, Lwin M O. Are threat perceptions associated with patient adherence to antibiotics? Insights from a survey regarding antibiotics and antimicrobial resistance among the Singapore public. *BMC Pub Health* 2023; 532(23):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15184-y>
21. Shahbodaghi Z, Borhani F, Rayani M. The effects of selfcare program on blood pressure of patients with diabetes. *Medsurg Nurs J* 2014;3(3):163-9.
22. Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The effect of an educational intervention according to hygienic belief model in improving care and controlling among patients with hypertension. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2014;13(4):383-94.
23. Martín-Fernández J, Alonso-Safont T, Polentinos-Castro E, Esteban-Vasallo MD, Ariza-Cardiel G, González-Anglada MI, Sánchez-Perruca L, Rodríguez-Martínez G, Rotacche-Del-Campo R, Bilbao-González A. Impact of hypertension diagnosis on morbidity and mortality: a retrospective cohort study in primary care. *BMC Prim Care* 2023;24(1):79. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02036-2>

THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM BASED ON HEALTH BELIEF MODEL ON THE SELF-MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK

Soraya Bazargan¹, Nasrin Bahraminejad*², Fatemeh Moradi³, Ramazan Falah⁴

Received: 08 August, 2022; Accepted: 27 August, 2023

Abstract

Background & Aims: Improving the self-management of hypertension treatment in patients with Transient Ischemic Attack (TIA) is effective in reducing the incidence of stroke in these patients. The aim of the present study was to investigate the effect of education based on the health belief model on improving self-management behaviors of high blood pressure in patients suffering from transient ischemic attack.

Materials & Methods: In this semi-experimental study conducted as a pre-test-post-test with intervention and control groups, 54 eligible patients were selected by convenient sampling method and randomly assigned to intervention and control groups. Self-management educational interventions based on the health belief model were conducted for the interventional group during three sessions. The control group received routine interventions. Data were collected using self-management and health belief standard questionnaires before and three months after the intervention. Data were analyzed by SPSS version 16 statistical software.

Results: The results of the study in relation to demographic and background characteristics showed that before the intervention, both intervention and control groups were homogeneous in relation to all variables except body mass index. Also, the results showed that after the intervention, the mean scores of self-management and health belief between the intervention and control groups had a significant difference ($p < 0.001$). Also, the findings showed that despite the fact that the average blood pressure reduction in the intervention group was more than the control group, there was no statistically significant difference between these two reductions.

Conclusion: Based on the findings of the research, education based on the health belief model is an effective educational method in improving self-management of blood pressure in TIA patients. Therefore, it is recommended to implement education based on the health belief model to strengthen self-management behaviors in these patients.

Keywords: Health Belief Model, Hypertension, Self-management, Transient Ischemic Attack

Address: Zanjan University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Iran

Tel: +982433148318

Email: bahrami_n@zums.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master of medical –surgical nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² Assistant professor, Social Determinant of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran (Corresponding Author)

³ Master of medical –surgical nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁴ Associate professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran