# تأثیر مداخله آموزشی بر دانش و نگرش افراد مبتلا به پرفشاری خون: یک کارآزمایی بالینی قبل و بعد

ناهید جلیلیان،[۱] صدیقه السادات طوافیان،[۲] تیمور آقاملایی[۳] و سمیرا محمدی[۴]

۱. دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

*۲. دانشیار آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۲۱۸۲۸۸۴۵۴۷ نمابر: ۰۲۱۸۲۸۸۴۵۵۵
Tavafian@modares.ac.ir

۳. دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی‌ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری پرفشاری خون یک بیماری شایع و بدون علامت است که در صورت تشخیص به‌موقع به راحتی قابل‌درمان خواهد بود. هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و نگرش افراد مبتلا به پرفشاری خون در رفتارهای پیشگیری‌کننده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک پژوهش نیمه‌تجربی است که به‌صورت قبل و بعد انجام شد. جمعیت مورد مطالعه بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مرکز درمانی میلاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. حجم نمونه ۶۰ نفر و نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS18 و آزمون تی زوجی و کای‌اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی نمونه ۷/۲ ± ۵۳/۵ بود. میانگین نمره دانش بیماران قبل از مداخله آموزشی ۱۸/۸±۶۷/۶ بود که پس از مداخله آموزشی به ۵/۴±۹۲/۰ رسید و اختلاف آماری معناداری بین آن‌ها مشاهده شد(p=۰/۰۰۰۱). همچنین میانگین نمره نگرش بیماران قبل از مداخله آموزشی ۱۵/۴±۵۵/۳ بود که پس از مداخله آموزشی به ۸/۶±۸۷/۸ رسید و اختلاف آماری معناداری بین آن‌ها مشاهده شد(p=۰/۰۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد برنامه آموزشی تدوین‌شده می‌تواند در ارتقاء شناخت و نگرش بیماران مبتلا به پرفشاری خون در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از پرفشاری خون تأثیرگذار باشد.

**کلیدواژه‌ها:** پرفشاری، مداخله آموزشی، دانش، نگرش.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

# Educational Intervention on the Knowledge and Attitudes of People with Hypertension: A Clinical Trial

Nahid Jalilian[1], Sedigheh-Sadat Tavafian[2],Teamur Aghamolaei[3], & Samira Ahmadi[4]

1. MSc student, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares Univ. (TMU), Tehran, Iran.

*2. Associate Professor, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, TMU, Tehran, Iran. (Corresponding author) Tel: 0098 21 82884547 Fax: 0098 21 82884555 Tavafian@modares.ac.ir

3. Associate Professor, Research Center for Health Promotion, Health School, Hormozgan University of Medical Sciences (HUMS), Bandar Abbas, Iran.

4. Student of Master of Science, Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, TMU, Tehran, Iran.

**Received:** 03/03/2014
**Accepted:** 10/03/2014

## ABSTRACT

**Background and objective:** Hypertension is a prevalent health problem that could be prevented through preventative behaviors. This study aimed to assess the impact of health education program in improving knowledge and attitudes of patients with hypertension regarding preventative behavior.

**Materials and methods:** This is an interventional trial undertaken before and after hypertension patients were referred to health centers affiliated to TUMS in south of Tehran, Iran. Totally, 60 eligible patients were randomly selected. Then knowledge and attitudes of participants regarding hypertension preventive behavior was assessed before and after intervention through a self-administered questionnaire. Data was analyzed using SPSS18 through paired t and Chi square tests.

**Results:** The mean age of participants were 53.5 ±7.2. The mean scores of knowledge and attitudes were significantly improved after intervention (67.6±18.8 vs 92.0 ± 5.4 for knowledge and 55.3 ± 15.4 vs 87.8 ± 8.6 for attitude) (all $p< 0.0001$).

**Conclusion:** Designed educational program is an effective intervention and could play an important role in improving knowledge and attitudes of hypertension patients.

**Keywords**: Hypertension, Knowledge, Attitudes, Health education.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

**مقدمه**

تخمین زده‌شده است که پرفشاری خون عامل ۷/۵ میلیون مرگ در جهان است و این میزان حدود ۱۲/۸٪ تمام مرگ‌ها را تشکیل می‌دهد. پرفشاری خون باعث ۷۵ میلیون سال از دست رفته عمر به دلیل ناتوانی یا DALY شده و در مجموع ۳/۷٪ کل سال‌های از دست رفته عمر را تشکیل می‌دهد. پرفشاری خون یکی از عوامل خطر مهم بیماری‌های قلبی-عروقی و سکته است. هر چند نسبت جمعیتی که پرفشاری خون آن‌ها کنترل‌نشده است به کل جمعیت جهان از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۸ کاهش یافته است، اما به‌دلیل رشد جمعیت جهان و سالمند شدن آن، تعداد افراد با پرفشاری خونِ کنترل‌نشده از ۶۰۰ میلیون نفر در سال ۱۹۸۰ به حدود یک میلیارد نفر در سال ۲۰۰۸ افزایش یافته است (۱). حدود ۶۵ میلیون نفر مبتلا در آمریکا به پرفشاری خون هستند و شیوع پرفشاری خون به‌طور مداوم در حال افزایش است (۲-۳).

شواهد موجود نشان می‌دهد که با طغیان پرفشاری خون در جهان مواجه هستیم. یکی از پیامدهای سبک زندگی جدید و چاقی، افزایش شیوع پرفشاری خون در سه دهه گذشته و به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است (۴-۵). در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران طغیان پرفشاری خون به تازگی شروع شده است. شیوع پرفشاری خون در جمعیت ۳۰ تا ۵۵ سال و جمعیت بالای ۵۵ سال در ایران، به ترتیب ۲۳٪ و ۵۰٪ تخمین زده‌شده است و شیوع پرفشاری خون در مردان ۱/۳٪ کمتر از زنان گزارش‌شده است (۶). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که پرفشاری خون سیستولیک و دیاستولیک با شیوع بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط دارد. این ارتباط در مردان و زنان، در جوانان، میان‌سالان و سالمندان، در میان نژادها و قومیت‌های مختلف و بین کشورهای مختلف یکسان است (۷).

کنترل ضعیف پرفشاری خون به عوامل مختلفی از جمله عدم تبعیت از رژیم درمانی مرتبط با آن بستگی دارد (۸-۹). مطالعات نشان داده‌اند عدم تبعیت از رژیم درمانیِ کنترل پرفشاری خون اشکال مختلفی در کنترل ضعیف پرفشاری خون تأثیر دارند: به‌کار نبستن رفتارهایی از قبیل ورزش، رژیم غذایی و مصرف داروها طبق توصیه‌های انجام‌شده و انجام رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن. اصلاح رفتار (رژیم غذایی، ورزش، سیگار، مصرف الکل، استفاده از دارو) و افزایش آگاهی در مورد درک دقیق از خطرات پرفشاری خون جهت کنترل این بیماری ضروری است (۱۰-۱۱).

استفاده از مداخلات مناسب به‌منظور بالا بردن آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به پرفشاری خون و تبعیت از رژیم درمانی توصیه‌شده، در کنترل این بیماری نقش مهمی دارند (۱۲). یکی از این مداخلات، آموزش بهداشت است که به نظر می‌رسد در افزایش دانش، تغییر نگرش و باورهای مرتبط با این بیماری و اصلاح رفتار مؤثر باشد. از آنجایی که در ایران هنوز در زمینه نقش آموزش بهداشت در کنترل بیماری پرفشاری خون اجماع جمعی وجود ندارد و از طرفی از مقدمات رفتار پیشگیرانه پرفشاری خون ارتقاء آگاهی و نگرش افراد در خصوص این‌گونه رفتارها است. لذا هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و نگرش افراد مبتلا به پرفشاری خون در مورد رفتارهای پیشگیری‌کننده از این بیماری است.

**مواد و روش‌ها**

این مطالعه یک پژوهش نیمه‌تجربی است که به‌صورت قبل و بعد از مداخله انجام شد. جمعیت مورد مطالعه بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مرکز درمانی میلاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ بود. تشخیص پرفشاری خون در بیماران توسط پزشک ملاک ورود آنان به مطالعه بود. افراد با پرفشاری خون بالا که مبتلا به بیماری‌هایی مانند دیابت و بیماری‌های کلیوی بودند وارد مطالعه نشدند.

تعداد نمونه با توجه به رابطه ذیل تعیین شد:

$$n=\frac{(Z_1+Z_2)^2(S_1^2+S_2^2)}{d^2}\approx 44$$

خطای نوع اول ۹۵٪ یعنی ۱/۹۶ بود ($Z_1$).ضریب توان آزمون ۸۰٪ یعنی ۰/۸۴ بود($Z_2$). $S_1$ و $S_2$ برآوردی از انحراف‌معیار نمره آگاهی، نگرش و عملکرد که حداکثر ۱۶/۷ نمره بود. حداقل تفاوت تعیین میانگین نمره هر یک از آورده است که اختلاف واقعی را نشان می‌دهد که ۱۰ نمره در نظر گرفته شده است.

با احتساب موارد فوق تعداد نمونه ۴۴ مورد تعیین شد که در اجرا برای اطمینان بیشتر این تعداد به ۶۰ نفر افزایش و اجرا شد. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده از روی جدول



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

اعداد تصادفی از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه مورد استفاده در سه بخش تنظیم شده بود: بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران (سن و جنس)، بخش دوم مربوط به دانش و شناخت بیماران در مورد نحوه کنترل پرفشاری خون (۱۰ سؤال) و بخش سوم مربوط به نگرش بیماران (۱۰ سؤال) در مورد پرفشاری خون و اهمیت کنترل آن. سؤالات بخش آگاهی که صرفاً شناخت بیمار را نشان می‌داد به‌صورت سه گزینه‌ای (بلی، خیر و یا نمی‌دانم) و سؤالات بخش نگرش بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم یا کاملاً مخالفم) طراحی شدند. حداقل نمره سؤالات بخش دانش صفر و حداکثر آن ۱۰۰ و حداقل نمره سؤالات بخش نگرش ۱۰ و حداکثر آن ۱۰۰ بود. نمره بالاتر در هر بخش نشان‌دهنده دانش و شناخت بیشتر بیماران در مورد نحوه کنترل پرفشاری خون و نگرش مثبتتر نسبت به این بیماری بود. سؤالاتی نظیر «کنترل وزن در پیشگیری از ابتلا به پرفشاری خون موثر است» یا «هر نوع رژیم غذایی دلخواه برای بیمار مبتلا به پرفشاری خون توصیه می‌شود،» از جمله سؤالات آگاهی و سؤالاتی نظیر «به نظر من کنترل وزن در پیشگیری از ابتلا به پرفشاری خون موثر است» یا «به نظر من هر نوع رژیم غذایی دلخواه برای بیمار مبتلا به پرفشاری خون توصیه می‌شود» از جمله سؤالات نگرشی بودند.

جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی از طریق اجرای پانل متخصصان استفاده شد و جهت تعیین پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha$=۰/۸۹۵)؛ که با توجه به حداقل میزان قابل‌قبول ۰/۷ ابزار از پایایی خوبی برخوردار است

پژوهشگران ابتدا بیماران واجد شرایط را انتخاب نمودند و در مورد روش، هدف اجرای پژوهش و بی‌ضرر بودن آن برای سلامتی به بیماران اطلاع‌رسانی نمود. سپس بیماران با ابراز تمایل به همکاری در طرح پژوهشی شرکت داده شدند. در یک جلسه توجیهی در خصوص نحوه اجرا و نوع همکاری به بیماران توضیح داده شد. سپس بیماران در یک برنامه از قبل تعیین‌شده در مرکز درمانی حضور یافته و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. اطلاعات جمع‌آوری شده در این مرحله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نیازهای آموزشی بیماران مشخص شد. سپس برنامه آموزشی متناسب با نیاز بیماران و مبتنی بر متون روز در خصوص خودمراقبتی بیماران پرفشاری خون تدوین گردید. برنامه آموزشی این پژوهش مبتنی بر نظریه و مدل خاصی نبود و بر پایه چهار موضوع مصرف منظم دارو، محدودیت مصرف نمک، محدودیت مصرف چربی و کاهش مصرف سیگار برنامه‌ریزی شد. به این ترتیب که ابتدا در طی یک ساعت شناخت کافی در خصوص عوامل ایجادکننده و موثر بر افزایش پرفشاری خون به شیوه سخنرانی اجرا شد و سپس از طریق پرسش و پاسخ و بحث کردن در خصوص منافع انجام این رفتارها سعی شد در افراد شرکت‌کننده باور و نگرش مثبت نسبت به انجام رفتار ایجاد شد.

پس از تدوین برنامه آموزشی و برنامه‌ریزی‌های لازم، بیماران به نوبت به مدت یک هفته در برنامه آموزشی شرکت نمودند. آموزش‌ها هم به‌صورت گروهی و هم به‌صورت انفرادی اجرا شد. در آموزش گروهی تعداد افراد شرکت‌کننده در هر گروه بین ۶ تا ۸ نفر بود. جلسات آموزش گروهی به‌صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ برگزار گردید و هر جلسه به‌طور میانگین ۴۵ دقیقه طول کشید. همچنین به هر بیمار در دو نوبت به مدت ۳۰ دقیقه به روش چهره به چهره آموزش داده شد. در جلسات آموزشی در مورد اهمیت کنترل پرفشاری خون، پیامدها و روش‌های کنترل آن از جمله رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، پرهیز از استرس، ترک دخانیات و فعالیت‌های خودمراقبتی آموزش داده شد و سعی شد با برقراری ارتباط دو طرفه، بیماران سؤالات و ابهامات خود را مطرح کنند تا پاسخ‌های صحیح به آن‌ها داده شود. یک ماه پس از اتمام آموزش‌ها، با دعوت از بیماران از آن‌ها خواسته شد تا مجدداً پرسشنامه را تکمیل کنند. سپس داده‌های جمع‌آوری‌شده در دو نوبت، یعنی قبل از مداخله آموزشی و یک ماه پس از آن، با هم مقایسه و میزان تأثیر برنامه آموزشی مورد بررسی قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نظر به اینکه داده‌ها از نوع کمی بودند و در یک گروه در دو مرحله قبل و بعد اجرا شدند، از آزمون تی زوجی استفاده‌شده است. برای مقایسه فراوانی‌ها از آزمون کای‌اسوئر استفاده شد.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

**یافته‌ها**

تمام ۶۰ نفر بیماری که وارد مطالعه شده بودند، در مرحله دوم نیز پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. بنابراین، هیچ فردی از مطالعه خارج نشد. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۵۳/۵ سال با انحراف‌معیار ۷/۲ و دامنه آن از ۳۰ تا ۶۰ سال متغیر بود. بیش‌ترین درصد بیماران در گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال (۶۳/۳٪) و کمترین درصد آن‌ها در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۵٪) قرار داشتند.۶۰٪ بیماران مورد مطالعه مرد و ۴۰٪ زن بودند. بیشتر آن‌ها (۴۱/۷٪) دارای تحصیلات ابتدایی و فقط ۵٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. سابقه ابتلا به پرفشاری خون در ۷۵٪ آن‌ها کمتر از ۷ سال بود. بیش از ۶۰٪ بیماران دارای اضافه‌وزن و یا چاق بوده و شاخص توده بدنی آن‌ها بیش از ۲۵ بود. نتایج همچنین نشان داد که ۷۵٪ از بیماران مورد پژوهش غیرسیگاری و ۲۵٪ دیگر سیگاری بودند.

قبل از مداخله آموزشی، حداقل نمره دانش بیماران مورد مطالعه در مورد پرفشاری خون و کنترل آن ۳۰ و حداکثر ۹۰ بود؛ اما یک ماه بعد از مداخله آموزشی حداقل ۸۰ و حداکثر به ۱۰۰ رسید (جدول ۱). میانگین نمره دانش بیماران قبل از مداخله آموزشی (SD=۱۸/۸)۶۷/۶ بود که پس از مداخله آموزشی به (SD=۵/۴)۹۲/۰ رسید. ضمن رشد ۲۴/۴ واحدی در نمرات دانش، انحراف‌معیار نمرات نیز محدودتر شده بود. بر اساس آزمون تی زوج اختلاف آماری معناداری بین نمرات دانش بیماران قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد(p=۰/۰۰۰۱). همچنین قبل از مداخله آموزشی حداقل نمره نگرش بیماران مورد مطالعه در مورد پرفشاری خون ۱۰ و حداکثر ۹۰ بود؛ اما یک ماه بعد از مداخله آموزشی حداقل ۸۰ و حداکثر به ۱۰۰ رسید (جدول ۲).

میانگین نمره نگرش بیماران قبل از مداخله آموزشی (SD=۱۵/۴)۵۵/۳ بود که پس از مداخله آموزشی به (SD=۸/۶)۸۷/۸ رسید. ضمن رشد ۳۲/۵ واحدی در نمرات نگرش، انحراف‌معیار نمرات نگرش نیز محدودتر شده بود. بر اساس آزمون تی زوج اختلاف آماری معناداری بین نمرات نگرش بیماران قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد (p=۰/۰۰۰۱) (جدول ۱).

**جدول ۱. مقایسه امتیاز شناخت و نگرش بیماران مورد مطالعه قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی**

| امتیاز نگرش افراد بعد از آموزش | | امتیاز نگرش افراد قبل از آموزش | | | امتیاز شناخت افراد بعد از آموزش | | امتیاز شناخت افراد قبل از آموزش | | امتیاز کسب‌شده |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| درصد | تعداد افراد | درصد | تعداد افراد | | درصد | تعداد افراد | درصد | تعداد افراد | |
| ۰/۰ | ۰ | ۱/۷ | ۱ | ۱۰ | ۰/۰ | ۰ | ۵/۰ | ۳ | ۳۰ |
| ۰/۰ | ۰ | ۶/۷ | ۴ | ۳۰ | ۰/۰ | ۰ | ۱۱/۷ | ۷ | ۴۰ |
| ۰/۰ | ۰ | ۱۶/۷ | ۱۰ | ۴۰ | ۰/۰ | ۰ | ۸/۳ | ۵ | ۵۰ |
| ۰/۰ | ۰ | ۲۵/۰ | ۱۵ | ۵۰ | ۰/۰ | ۰ | ۱۸/۳ | ۱۱ | ۶۰ |
| ۳/۳ | ۲ | ۱۸/۳ | ۱۱ | ۶۰ | ۰/۰ | ۰ | ۱۶/۷ | ۱۰ | ۷۰ |
| ۳/۳ | ۲ | ۲۶/۷ | ۱۶ | ۷۰ | ۶/۷ | ۴ | ۱۳/۳ | ۸ | ۸۰ |
| ۲۰/۰ | ۱۲ | ۱/۷ | ۱ | ۸۰ | ۶۶/۷ | ۴۰ | ۲۶/۷ | ۱۶ | ۹۰ |
| ۵۸/۴ | ۳۵ | ۳/۲ | ۲ | ۹۰ | ۲۶/۷ | ۱۶ | ۰/۰ | ۰ | ۱۰۰ |
| ۱۵ | ۹ | ۰/۰ | ۰ | ۱۰۰ | --- | ---- | ----- | ---- | --- |
| ۱۰۰ | ۶۰ | ۱۰۰ | ۶۰ | کل | ۱۰۰ | ۶۰ | ۱۰۰ | ۶۰ | کل |



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

**بحث**

هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و نگرش افراد مبتلا به پرفشاری خون در مورد نحوه مراقبت از خود بود. همان‌گونه که نتایج نشان داد مداخله آموزشی سبب افزایش دانش و بهبود نگرش بیماران در مورد بیماری پرفشاری خون و کنترل آن شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد در قبل از آموزش آزمودنی‌ها حداقل ۳۰ و حداکثر ۹۰ امتیاز و بعد از آموزش حداقل ۸۰ و حداکثر ۱۰۰ امتیاز را از پرسشنامه شناخت کسب نمودند. همچنین طبق نتایج این مطالعه در قبل از آموزش کمترین امتیاز نگرش ۱۰ و بیش‌ترین امتیاز کسب‌شده نگرش ۹۰ بود؛ ولی بعد از آموزش کمترین امتیاز ۸۰ و بیش‌ترین امتیاز ۱۰۰ رسید. این تغییرات نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی در بهبود شناخت و نگرش بیماران مبتلا به پرفشاری خون در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از پرفشاری خون است.

در مطالعات گذشته نیز از مداخله آموزشی به عنوان یکی از رویکردهای کنترل پرفشاری خون به شیوه‌های مختلف استفاده‌شده است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با نتایج پژوهش میلر مقایسه شد، میلر (۱۱) تعداد ۵۶ بیمار را که مبتلا به پرفشاری خون بالا بودند با برنامه دارودرمانی صحیح، تغییر در رژیم غذایی، کاهش وزن، قطع مصرف سیگار مورد مطالعه قرارداد. میلر قبل از انجام مطالعه برای بیماران برنامه آموزشی اجرا نمود و بیماران طبق برنامه آموزشی به مدت ۶ ماه کنترل شدند. میلر معتقد بود که با تأثیر بر میزان آگاهی و نگرش بیماران می‌توان رفتار آن‌ها را تغییر داد. در پژوهش میلر برای تغییر رفتار بیماران از ابزار آموزش استفاده‌شده تا شناخت و نگرش صحیح در بیماران ایجاد شود. میلر در مطالعه خود تاکید بر قطع مصرف سیگار داشت؛ در پژوهش حاضر نیز برای کاهش تدریجی مصرف سیگار بیماران اقدام شد. در پژوهش حاضر بیش از ۶۰٪ از بیماران دارای اضافه‌وزن و یا چاق بودند و نمایه توده بدنی آن‌ها بیش از ۲۵ کیلوگرم/ مجذور مترمربع بود. اما به دلیل محدودیت زمان اجرای پژوهش، برنامه خاصی برای کاهش وزن ارائه نشد. درحالی‌که میلر با توجه به مدت بیشتر زمان مطالعه، برنامه کاهش وزن را نیز اجرا نمود. این درحالی است که پژوهش حاضر به لحاظ محدودیت زمانی امکان بررسی این امر را نداشت. میلر با اجرای آموزش با هدف افزایش آگاهی و تغییر نگرش بیماران در نهایت موجب تغییر رفتاری بیماران (متناسب با آموزش‌های انجام‌شده) گردید که این امر نیز باعث کاهش پرفشاری خون سیستول و دیاستول بیماران گردید (۱۲). پژوهش حاضر موجب افزایش آگاهی، نگرش بیماران گردید که پیش‌نیاز تغییر رفتار است و می‌تواند در نهایت موجب کاهش پرفشاری خون سیستول و دیاستول آنان گردد و توصیه می‌شود که در مطالعات مشابه بعدی میزان تغییر رفتار که از محدودیت‌های این مطالعه است سنجیده شود.

هایدن یک مداخله آموزشی از طریق تلفن اجرا نمود و طی دو سال پیگیری بیمارانِ مبتلا به پرفشاری خون، تأثیر این مداخله را سنجید. افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی و تبعیت از رژیم کنترل پرفشاری خون در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بیشتر بود (۱۳). هر چند دوره پیگیری بیماران در مطالعه حاضر یک ماه بود ولی مطالعه هایدن دو سال طول کشید؛ مدت کوتاه این مطالعه یکی از محدودیت‌های مطالعه بود که باید در مطالعات آتی مورد نظر قرار گیرد. در این مطالعه رفتار بیماران مورد سنجش قرار نگرفت؛ با این توجیه که مقدمه تغییر رفتار ایجاد شناخت و آگاهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به رفتار است و اگر با مداخلات آموزش بتوان این دو پیش‌نیاز رفتار را فراهم نمود، می‌توان به ایجاد رفتار هم رسید. به هر حال، در مطالعه کریستیان و همکاران برنامه آموزش به بیمار منجر به ایجاد رفتارهای پیشگیرانه و متعاقب آن کاهش پرفشاری خون بیماران مبتلا به پرفشاری خون، طی شش ماه پیگیری شد (۱۴). همچنین در مطالعه فریدمن و همکاران (۱۵) بیمارانی که همراه با مراقبت‌های درمانی، مشاوره تلفنی دریافت می‌کردند نسبت به بیمارانی که فقط مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کردند، از نظر پیروی از رژیم درمانی توصیه‌شده و کنترل پرفشاری خون در وضعیت بهتری قرار داشتند. گرچه این مطالعات در اصل پیامد اصلی آموزش یعنی تغییر رفتار را مورد بررسی قراردادند ولی حقیقتاً آموزش مؤلفه‌های پیش‌نیاز تغییر رفتار، یعنی نگرش و شناخت را، در این پژوهش‌ها ارتقاء بخشیده است تا در نهایت منجر به تغییر رفتار شده است.

در این مطالعه از روش اجرای قبل و بعد استفاده شد؛ تنها به این دلیل که تا جایی که امکان دارد بتوان از متغیرهای مخدوش‌کننده اجتناب کرد و همان افراد با قبل از خود مقایسه شوند. ولی به هر حال نداشتن گروه کنترل



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

از محدودیت‌های این مطالعه بود. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آینده مطالعاتی که دارای گروه کنترلی که عیناً از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی و کلیه عوامل تأثیرگذار شبیه گروه آزمون باشد طراحی و اجرا شود تا بتوان با قطعیت بیشتری در خصوص تأثیر مداخله نظر داد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه عدم بررسی رفتار در این پژوهش بود که توصیه می‌شود در مطالعات آتی مورد نظر قرار گیرد. همچنین مدت پیگیری یک‌ماهه از محدودیت‌های دیگر مطالعه بود که توصیه می‌شود در مطالعات آینده این محدودیت لحاظ شود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد برنامه آموزشی تدوین‌شده می‌تواند در ارتقاء شناخت و نگرش بیماران مبتلا به پرفشاری خون در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از پرفشاری خون تأثیرگذار باشد. با همه محدودیت‌های ذکرشده این مطالعه قابلیت خاص خود را مبنی بر اینکه یک برنامه آموزشی کوتاه‌مدت و کم‌هزینه می‌تواند بر تغییر شناخت و نگرش بیماران پرفشاری خون نسبت به رفتارهای پیشگیرانه از این معضل بهداشتی مفید باشد دارد. که از این منظر می‌تواند مورد توجه سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران بهداشت و درمان باشد که پیشگیری از مشکلات بهداشتی از جمله پرفشاری خون که مادر همه بیماری‌های دیگر و باعث افزایش میزان مرگ‌ومیر است نیاز به برنامه‌های پیشگیری با هزینه‌های گزاف ندارد و به‌راحتی قابل دستیابی است.

## سپاسگزاری

نویسندگان این مطالعه از تمامی بیماران مبتلا به فشارخون شرکت کننده در مطالعه که موجبات انجام موفقیت‌آمیز این پژوهش را فراهم شدند سپاسگزاری می‌نماید.

## منابع

1. WHO. Raised blood pressure. Available at: www.who.ch, 2013.

2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. J AMER MED ASSOC 2003;289(19):2560–71.

3. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middleaged women and men: The Framingham Heart Study. J AMER MED ASSOC 2002;287(8):1003–10.

4. Gu D, Reynolds K, Wu X, Chen J, Duan X, Muntner P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. Hypertension. 2002; 40:920 – 927.

5. Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F.Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. Int J Nurs Prac. 2002; 8:324 – 329.

6. Haghdoost AA, Sadeghirad B, dehkermani MR. Epidemiology and Heterogeneity of Hypertension in Iran:A Systematic Review. Arch Iranian Med 2008; 11 (4):444 – 452.

7. Ramachandran S. Vasan, Martin G. Larson, Eric P. Leip, Jane C. Evans,Christopher J. O'donnell, William B. Kannel, Daniel Levy. Impact Of High-Normal Blood Pressure On The Risk Of Cardiovascular Disease. The New England Journal of Medicine 2001; 345(18): 1291-1297.

8. McCray AT. Promoting Health Literacy. J Am Med Inform Assoc 2005;12:152–63.

9. Williams M, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. Arch Intern Med 1998;158:166–72.

10. Bosworth HB, Oddone EZ. A model of psychosocial and cultural antecedents of blood pressure control. J Natl Med Assoc 2002;94(4):236–48.

11. Bosworth HB, Olsen MK, Oddone EZ. Improving blood pressure control by tailored feedback to patients and clinicians. Am Heart J 2005;149(5):795–803.

12. Miller,patrical & Et.Al ,Fishbin،s Model



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]

of Reasoned Action & compliance Behavior of Hypertension Patient‹s Nursing Research 1992;41(2):104-9.

13. Hayden B. Bosworth, Maren K Olsen, Alice Neary, RN, Melinda Orr, MEd, Janet Grubber, Laura Svetkey, Martha Adams, Eugene Z.Oddone. Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. Patient Educ Couns. 2008 March; 70(3): 338–347.

14. Christianne L. Roumie, Tom A. Elasy, Robert Greevy, Marie R. Griffin, Xulei Liu, William J. Stone, Kenneth A. Wallston, Robert S. Dittus, Vincent Alvarez, Janice Cobb RN, Theodore Speroff. Improving Blood Pressure Control through Provider Education, Provider Alerts, and Patient Education. Annals of Internal Medicine 2006; 145(3): 165-175.

15. Friedman RH, et al .A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control. Am J Hypertens. 1996 Apr;9(4 Pt 1):285-92.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-05-04 ]