

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به فشارخون: یک کارآزمایی بالینی

فاطمه سادات هاشمی^۱، دکتر راحله سلطانی^{۲،۳}، دکتر مریم زمانیان^{۴،۵}

۱) کمیته تحقیقات دانشجویی-دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک - ایران، ۲) گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک - ایران، ۳) مرکز تحقیقات آینده‌های زیست محیطی و صنعتی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، ۴) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک - ایران، ۵) مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، نشانی مکاتبه با نویسنده مسئول: اراک، شهرک مصطفی خمینی، خیابان گلستان، ساختمان شماره ۲ دانشکده بهداشت و توانبخشی اراک، کد پستی: ۳۸۱۸۱۴۶۸۵۱، دکتر راحله سلطانی؛
e-mail: shadi8685@gmail.com

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی است که با شیوع بالا و عوارض خطرناک، از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام گرفت. مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۲۰۰ فرد مبتلا به پرفشاری خون در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند (هر گروه ۱۰۰ نفر). گروه مداخله چهار جلسه آموزش حضوری مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی را دریافت کردند. بود. پرسش‌نامه شامل رفتار خودمراقبتی، مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی و اطلاعات جمعیت شناختی بصورت خودگزارش‌دهی در قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی از افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. داده‌های گردآوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید. یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۴۵/۸۸ (۷/۸۲) و ۴۶/۷۹ (۶/۰۷) بود. گروه مداخله و شاهد از نظر سن و جنسیت با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. پس از انجام مداخله آموزشی، بین گروه مداخله و شاهد از نظر میانگین نمره انتظارات پیامد ($P<0/001$)، خودکارآمدی ($P<0/001$)، خودتنظیمی ($P<0/001$)، و حمایت اجتماعی ($P<0/001$)، افزایش معناداری وجود داشت. بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره خودمراقبتی ($9/6 \pm 6/1$) در مقابل ($7/7 \pm 6/4$) به‌طور معناداری در گروه مداخله افزایش یافته بود ($P<0/001$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی بر افزایش نمره خودمراقبتی مبتلایان به پرفشاری خون مؤثر است، لذا می‌توان در پایگاه‌های سلامت، از این آموزش جهت بهبود کنترل فشارخون بهره جست.

واژگان کلیدی: پرفشاری خون، تئوری شناخت اجتماعی، خودمراقبتی، خودکارآمدی، خودتنظیمی، حمایت اجتماعی، انتظارات پیامد

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۵/۵ - دریافت اصلاحیه: ۱۴۰۴/۷/۲ - پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۷/۱۳

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: IRCT20191104045328N31

مقدمه

قلب آمریکا، فردی مبتلا به پرفشاری خون است که فشار سیستولیک بیش از ۱۳۰ میلی‌متر جیوه یا فشار دیاستولیک بیش از ۸۰ میلی‌متر جیوه داشته باشد.^۲ عوامل مؤثر در بروز و تشدید این بیماری شامل عوامل ژنتیک مستعدکننده، افزایش سن، سبک زندگی ناسالم، زیاده‌مصرف نمک و

پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین مشکلات مزمن در حوزه بهداشت عمومی شناخته می‌شود که تقریباً یک میلیارد نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۱ طبق تعریف انجمن

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی است که با مشارکت ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به فشارخون، تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان خمین، در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. محاسبه حجم نمونه، با توجه به مطالعه مشابه مهربیان و همکاران^{۱۷} و با در نظر گرفتن سازه نگرش، حجم نمونه در هر گروه ۷۵ نفر به دست آمد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش برای هر گروه و به منظور افزایش توان مطالعه تعداد نمونه در هر گروه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل قراردادن تحت پوشش مرکز جامع سلامت، پرفشاری خون تشخیص داده شده حداقل از مدت یک سال پیش، سن ۳۰ تا ۶۰ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه آموزشی و عدم مشارکت در مطالعه به هر دلیل بود.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تمامی پایگاه‌ها و مراکز سلامت شهری شهرستان خمین لیست شد و سپس بر اساس سطح اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه گروه خوب، متوسط و ضعیف تقسیم شدند. سه سطح مذکور طبقات ما را تشکیل می‌دادند. سپس از هر طبقه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مراکز سلامت که خوشه‌های ما محسوب می‌شدند دو مرکز به‌طور تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی انتخاب گردید و مجدداً جهت تخصیص تصادفی این دو مرکز به گروه مداخله و شاهد از روش شیر یا خط سکه استفاده شد (در مجموع ۶ مرکز، شامل ۳ مرکز شاهد و ۳ مرکز مداخله انتخاب شد). سپس از طریق سامانه سبب (پرونده الکترونیکی)، برای هر مرکز تعداد و مشخصات بیماران مبتلا به پرفشاری خون و دارای معیار ورود به مطالعه، استخراج و با آنان تماس تلفنی گرفته شد. اهداف مطالعه برای ایشان تشریح و از آنان دعوت شد تا در تاریخ مشخص به مرکز مراجعه کنند. این روند تا تکمیل نمونه‌های مربوط به هر مرکز ادامه یافت. در زمان مراجعه افراد، توضیحات کامل‌تری

چربی‌های اشباع، کم‌حرکی، استرس، و مصرف دخانیات و الکل است.^۲ پرفشاری خون عوارض جدی بر سلامت دارد؛ به‌طوری‌که حدود ۶۹ درصد از بیماران دچار سکته قلبی و ۷۷ درصد دچار سکته مغزی می‌شوند.^۴ شیوع پرفشاری خون حدود ۲۶/۴ درصد در جهان گزارش شده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ حدود ۱/۵۴ میلیارد نفر به این بیماری مبتلا شوند.^۵ طبق مطالعات انجام شده در ایران، شیوع پرفشاری خون در جمعیت بزرگسالان در حدود ۳۰-۲۵ درصد گزارش شده است^{۶،۷} و شیوع در شهرها بیشتر از روستاها است، که ممکن است به سبک زندگی مربوط باشد.^{۸،۹} جهت کاهش شیوع و کنترل فشار خون، استفاده از مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری‌های روان‌شناختی اهمیت یافته است.^{۱۰} این رویکردها بر تغییر باورها، نگرش‌ها و رفتارهای فرد تأکید دارند و می‌توانند نقش موثری در پیشگیری و مدیریت این بیماری ایفا کنند.^{۱۱} تئوری شناختی-اجتماعی بر این فرض استوار است که افکار و باورهای فرد در شکل‌گیری رفتارهای او نقش دارند و تغییر در این ساختارهای شناختی، منجر به تغییر در رفتار می‌شود.^{۱۲} در چهارچوب تئوری شناختی-اجتماعی، فرد نه تنها تحت تأثیر محیط و تجربیات گذشته قرار دارد، بلکه خود، نقش فعال در ساختن و تفسیر تجربیات خود ایفا می‌کند.^{۱۳} در دنیای امروز، کنترل پرفشاری خون اهمیت زیادی دارد و ترویج خودمراقبتی مؤثر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد و از عوارض بیماری بکاهد.^{۱۴} آموزش رفتارهای خودمراقبتی، علاوه بر کمک به پیشگیری از تشدید علائم و کاهش دفعات بستری‌ها، نقش مهمی در کاهش میزان مرگ‌ومیر، بهبود حس سلامت روانی و جسمانی و کاهش هزینه‌های مربوط به درمان و داروها ایفا می‌کند.^{۱۵} این فرآیند، با ارتقاء آگاهی و مهارت‌های فردی، می‌تواند بیماران را در مدیریت بهتر بیماری یاری کند تا احساس کنترل بیشتری بر وضعیت سلامت خود داشته باشند.^{۱۶} با توجه به شیوع بالای پرفشاری خون در کشور و اهمیت ارتقای سطح خودمراقبتی بیماران برای پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس پرفشاری خون و همین‌طور برنامه ترویج و توسعه خود مراقبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، مطالعه حاضر با هدف طراحی، اجرا و ارزیابی مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری شناختی-اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام گرفت.

و نمرات در محدوده ۸۰-۱۶ قرار داشت. به طور مثال "مصرف داروهایم برایم خوشایند است". پرسش های مربوط به خودتنظیمی ۱۸ مورد با مقیاس ۵ گزینه ای (هیچ وقت تا همیشه) بود و نمرات در محدوده ۹۰-۱۸ قرار داشت. به طور مثال "سعی می کنم داروهایم را بطور منظم مصرف کنم". سنجش خودکارآمدی با ۱۳ سوال در مقیاس ۵ گزینه ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) انجام شد و نمرات در محدوده ۶۵-۱۳ قرار داشت. به طور مثال "من مطمئنم که می توانم داروهایم را به همان صورتی که برایم تجویز شده است مصرف کنم". در پژوهش حاضر بررسی پایایی پرسش نامه در یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ نفر از افراد مشابه جمعیت هدف و با روش مداخله آلفا کرونباخ سنجیده شد و مقادیر به دست آمده به این ترتیب بود: سازه خودکارآمدی ۰/۸۱، خودتنظیمی ۰/۸۷، انتظارات پیامد ۰/۸۴ و حمایت اجتماعی ۰/۷۸.

ملاحظات اخلاقی:

این طرح پژوهشی با شماره ۷۵۴۹ و با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1403.268 در کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است و با شماره IRCT20191104045328N31 در سامانه ثبت کارآزمایی های بالینی ایران ثبت شده است. جهت اطمینان از رعایت موازین اخلاقی، ضمن بیان اهداف مطالعه، موافقت و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه کسب گردید و افراد در قبول و یا رد همکاری در پژوهش آزاد بودند. همچنین پرسش نامه ها بدون نام طراحی شدند.

مداخله آموزشی

مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی طی ۴ جلسه طراحی و برای گروه مداخله اجرا گردید. آموزش توسط مراقب سلامت و دانشجوی کارشناس ارشد آموزش بهداشت (نویسنده اول)، کارشناس روان شناسی و کارشناس تغذیه انجام گرفت (جدول ۱). پرسش نامه ها به صورت خودگزارش دهی قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی از افراد مورد مطالعه (گروه مداخله و شاهد) تکمیل گردید. در ضمن هر دو گروه آموزش و مراقبت های روتین ارایه شده توسط مراقبین سلامت را دریافت می کردند و گروه مداخله علاوه بر آموزش روتین در کلاس های آموزشی مد نظر مطالعه شرکت کردند. در پایان مطالعه پس از جمع آوری پرسش نامه ها در مرحله بعد از مداخله آموزشی به گروه شاهد نیز محتوی آموزشی داده شد.

در مورد کار تحقیقاتی داده شده و پس از تکمیل فرم رضایت نامه، پرسش نامه های پیش از مداخله تکمیل گردید. در ادامه برای گروه شاهد تنها مراقبت های معمول صورت گرفت و در گروه مداخله علاوه بر آن مداخله آموزشی مورد مطالعه نیز انجام گرفت. در هر یک از مراکز منتخب، نمونه ها با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش نامه مشتمل بر ۳ قسمت بود: قسمت اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی بود. سوالات در مورد سن، جنس، تحصیلات، تاهل، وضعیت اشتغال و مدت ابتلا به پرفشاری خون بود. قسمت دوم شامل رفتارهای خودمراقبتی و قسمت سوم شامل سوالات مبتنی بر سازه های نظریه شناختی-اجتماعی بود.

پرسش نامه خودمراقبتی

این پرسش نامه با هدف ارزیابی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، توسط فیندلو^۱ و همکاران طراحی شده است^{۱۸} و رفتارهای خودمراقبتی را در مبتلایان به پرفشاری خون در طی هفت روز گذشته مورد ارزیابی قرار می دهد. در این پرسش نامه رفتار خود مراقبتی شامل پایبندی به مصرف دارو (۳ سوال)، مدیریت وزن (۱۰ سوال)، اتخاذ یک رژیم غذایی کم نمک (۱۰ سوال)، فعالیت بدنی منظم به مدت ۳۰ دقیقه در اکثر روزهای هفته (۲ سوال) و اجتناب از مصرف دخانیات (۲ سوال) با ۲۷ سوال مورد اندازه گیری قرار می گیرد. پرسش نامه حاضر در ایران توسط فاضل و همکاران هنجاریابی شده و دارای روایی و پایایی قابل قبولی (۰/۸۶) بوده است.^{۱۴،۱۹}

پرسش نامه مبتنی بر سازه های تئوری شناختی اجتماعی

پرسش نامه مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی توسط زینت مطلق و همکاران طراحی و روان سنجی شده است^{۲۰} و همچنین در مطالعه ابراهیمی و همکاران^{۲۱} نیز مورد استفاده قرار گرفته است. حمایت اجتماعی توسط ۱۸ سوال با مقیاس ۵ گزینه ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) سنجیده شد و نمرات در محدوده ۹۰-۱۸ قرار داشت. به طور مثال "خانواده ام مصرف دواوری فشارخون را به من یادآوری می کنند". انتظارات پیامد با ۱۶ سوال با مقیاس ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) سنجیده شد

جدول ۱- جلسات مداخلات آموزشی

جلسات آموزشی	زمان	موضوع	مداخله آموزشی	آموزش‌دهنده
اول	۶۰ دقیقه	آگاهی	سخنرانی در مورد پرفشاری خون، علائم و عوارض آن- شناسایی فواید پایبندی به دارو برای کنترل بیماری پرفشاری خون - شناسایی باورهای درست و نادرست افراد در زمینه سبک زندگی و کنترل فشار خون - شناسایی موانع و ارائه راه حل. ارائه جزوه آموزشی، سخنرانی و بحث گروهی	مراقب سلامت
دوم	۶۰ دقیقه	خود مراقبتی	مرور جلسه قبلی، شناسایی منافع و پیامدهای داشتن رفتارهای خود مراقبتی، انجام فعالیت‌های بدنی منظم، رفتارهای تغذیه‌ای مناسب جهت کنترل فشار خون. بحث گروهی و بارش افکار در مورد نتایج رفتارهای خود مراقبتی	مراقب سلامت و کارشناس تغذیه
سوم	۶۰ دقیقه	خودکارآمدی و خودتنظیمی	تشویق بیماران جهت افزایش انگیزه فرد برای انجام رفتار سالم در جهت کنترل بیماری، افزایش کنترل رفتار سالم توسط فرد تحت هر شرایطی و افزایش توانمندی فرد در رابطه با شناسایی موقعیت‌های چالش برانگیز و ارائه راه حل برای آن‌ها. بحث گروهی و بارش افکار	مراقب سلامت و کارشناس روان‌شناسی
چهارم	۶۰ دقیقه	حمایت اجتماعی	شناسایی افراد مهم و تاثیرگذار برفرد، شناسایی افراد با تاثیر حمایت اجتماعی در کنترل بیماری، حمایت همسر از فرد برای ارتقا رفتار خود مراقبتی و شناسایی فرصت‌های ایجاد شده برای پیشگیری از پرفشاری خون. سخنرانی، بحث گروهی و بارش افکار	مراقب سلامت و کارشناس تغذیه

روش‌های آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور بررسی شاخص‌های توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی، درصد استفاده شد. سپس پیش فرض‌های مربوط به وضعیت نرمالیتی داده‌ها انجام گرفت. برحسب مورد، از آزمون مربع کایⁱ برای مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه، آزمون تی وابستهⁱⁱ جهت مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله آموزشی در هر گروه، آزمون تی مستقلⁱⁱⁱ جهت مقایسه میانگین نمرات در بین دو گروه و تحلیل کوواریانس^{iv} جهت مقایسه نمرات در قبل و بعد از مداخله آموزشی در بین دو گروه استفاده شد. در صورت نرمال نبودن توزیع داده‌ها از مداخله‌های ناپارامتریک مربوطه استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه تحلیل‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای مانند جنسیت، سن،

وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات و مدت بیماری همگن بودند و اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۲). تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیانگر این است که بعد از اجرای مداخله، میانگین نمره خودمراقبتی در گروه مداخله و شاهد، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/001$). میانگین نمره خودکارآمدی، خودتنظیمی، انتظارات پیامد و حمایت اجتماعی نیز بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله، افزایش معناداری داشت ($P < 0/001$) (جدول ۳). بعد از مداخله آموزشی رفتارهای خود مراقبتی، شامل تبعیت از درمان داوری و اتخاذ رژیم غذایی کم نمک به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود ($P < 0/001$) (جدول ۴). نتایج آزمون مربع کای نشان داد که فراوانی رفتارهای مرتبط با تغذیه و مدیریت وزن در گروه مداخله به‌طور معناداری نسبت به گروه شاهد افزایش یافته است (جدول ۵).

i-Chi-Square
ii-Pair t-test
iii-Independent t-test
iv-ANCOVA

جدول ۲- مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی در گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه مداخله (n=۱۰۰)	گروه شاهد (n=۱۰۰)	P value
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
جنسیت			
مرد	۶۷ (۶۷)	۶۲ (۶۲)	۰/۴۶۰
زن	۳۳ (۳۳)	۳۸ (۳۸)	۰/۴۶۰
سن	۴۵/۸ (۷/۸)	۴۶/۷ (۶)	۰/۲۸۷
وضعیت تاهل			
مجرد	۱۹ (۱۹)	۱۳ (۱۳)	۰/۲۴۷
متاهل	۸۱ (۸۱)	۸۷ (۸۷)	۰/۲۴۷
تحصیلات			
زیر دیپلم	۲۶ (۲۶)	۲۹ (۲۹)	۰/۴۰۳
دیپلم	۳۸ (۳۸)	۴۲ (۴۲)	۰/۴۰۳
فوق دیپلم و لیسانس	۳۱ (۳۱)	۲۸ (۲۸)	۰/۴۰۳
فوق لیسانس و دکترا	۵ (۵)	۱ (۱)	۰/۴۰۳
وضعیت شغل			
خانه‌دار	۱۹ (۱۹)	۱۵ (۱۵)	۰/۵۲۴
آزاد	۵۱ (۵۱)	۴۸ (۴۸)	۰/۵۲۴
کارمند	۳۰ (۳۰)	۳۷ (۳۷)	۰/۵۲۴
مدت بیماری	۸/۳ (۴/۲)	۸/۴ (۳/۱)	۰/۵۶۰

جدول ۳- مقایسه سازه‌های نظریه شناختی- اجتماعی در گروه مداخله و شاهد

سازه‌های نظریه شناختی- اجتماعی	زمان	گروه مداخله (n=۱۰۰)	گروه مقایسه (n=۱۰۰)	P-value*	تاثیر مداخله	ضریب اتا
		میانگین	انحراف معیار		Group B (p-value)†	
خودکارآمدی	قبل از مداخله	۳۳/۵	۲/۶	۰/۳۶۲	۱۳/۹	۰/۷۷۹
	بعد از مداخله	۴۶/۵	۴/۹	<۰/۰۰۱	(p<۰/۰۰۱)	
خود تنظیمی	قبل از مداخله	۴۳/۵	۶/۲	۰/۵۸۰	۲۲/۱	۰/۸۷۳
	بعد از مداخله	۶۴/۲	۷/۱	<۰/۰۰۱	(p<۰/۰۰۱)	
انتظارات پیامد	قبل از مداخله	۵۴/۲	۹/۱	۰/۳۸۰	۱۲/۸	۰/۶۲۲
	بعد از مداخله	۶۲/۷	۶/۸	<۰/۰۰۱	(p<۰/۰۰۱)	
حمایت اجتماعی	قبل از مداخله	۴۶	۵/۹	۰/۴۸۲	۱۳	۰/۵۹۷
	بعد از مداخله	۵۹/۱	۶/۶	<۰/۰۰۱	(p<۰/۰۰۱)	
خود مراقبتی	قبل از مداخله	۶۸/۲	۶/۴	۰/۳۱۰	۲۵/۵	۰/۸۲۴
	بعد از مداخله	۹۸/۶	۶/۱	<۰/۰۰۱	(p<۰/۰۰۱)	

*مداخله تی وابسته (Pair t-test)، †مداخله آنکوا (ANCOVA)

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد رفتارهای خود مراقبتی در گروه مداخله و شاهد

رفتارهای خودمراقبتی	زمان	گروه مداخله	گروه شاهد	مداخله تی مستقل p-value
		(n=۱۰۰)	(n=۱۰۰)	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
پایبندی به مصرف دارو	قبل از مداخله	۶/۹(۱/۴)	۶/۴(۱/۶)	۰/۰۳
	بعد از مداخله	۱۲/۷(۱/۶)	۸/۳(۱/۸)	<۰/۰۰۱
اتخاذ یک رژیم کم نمک	قبل از مداخله	۳۱/۰۴(۳/۸)	۳۱/۳(۴)	۰/۶۴
	بعد از مداخله	۳۵/۸(۲/۷)	۲۸/۴(۳/۷)	<۰/۰۰۱
فعالیت بدنی منظم	قبل از مداخله	۳/۴(۱/۴)	۲/۵(۰/۸)	<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۶/۷(۱/۱)	۲/۶(۰/۹)	<۰/۰۰۱
مدیریت وزن	قبل از مداخله	۲۴/۸(۲/۷)	۲۵(۲/۴)	۰/۶۸
	بعد از مداخله	۳۵/۷(۳/۶)	۲۵(۴/۲)	<۰/۰۰۱

جدول ۵- مقایسه رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی تغذیه و کنترل وزن در گروه مداخله و شاهد

رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی تغذیه و کنترل وزن	زمان	گروه	به ندرت تعداد(%)	گاهی تعداد(%)	اغلب تعداد(%)	همیشه تعداد(%)	p-value
مواظب غذاهایی که می‌خورم هستم (در مورد غذاهایی که می‌خورم دقت می‌کنم)	قبل از مداخله	مداخله	۱۰(۱۰)	۵۸(۱۰)	۲۸(۲۸)	۴(۴)	۰/۶۷
	مداخله	شاهد	۱۳(۱۳)	۵۹(۵۹)	۲۲(۱۰)	۶(۱۰)	
	بعد از مداخله	مداخله	۳(۳)	۱۱(۱۱)	۳۶(۳۶)	۵۰(۵۰)	<۰/۰۰۱
	مداخله	شاهد	۱۳(۱۳)	۵۶(۵۶)	۲۳(۲۳)	۸(۸)	
ورزش و فعالیت فیزیکی منظم انجام می‌دهم	قبل از مداخله	مداخله	۳۹(۳۹)	۵۲(۵۲)	۹(۹)	-	۰/۸۶
	مداخله	شاهد	۴۱(۴۱)	۵۲(۵۲)	۷(۷)	-	
	بعد از مداخله	مداخله	۵(۵)	۴۱(۴۱)	۲۷(۲۷)	۲۷(۲۷)	<۰/۰۰۱
	مداخله	شاهد	۴۰(۴۰)	۴۸(۴۸)	۱۰(۱۰)	۲(۲)	
برحسب مواد غذایی (مواد تشکیل‌دهنده) را موقع خرید می‌خوانم	قبل از مداخله	مداخله	۴۷(۴۷)	۴۱(۴۱)	۱۲(۱۲)	-	۰/۸
	مداخله	شاهد	۴۷(۴۷)	۳۸(۳۸)	۱۵(۱۵)	-	
	بعد از مداخله	مداخله	۴(۴)	۳۷(۳۷)	۴۰(۴۰)	۱۹(۱۹)	<۰/۰۰۱
	مداخله	شاهد	۴۶(۴۶)	۳۵(۳۵)	۱۸(۱۸)	۱(۱)	
از خرید یا آوردن غذاهای ناسالم (فست فود، ساندویچ‌ها و ...) به خانه جلوگیری می‌کنم	قبل از مداخله	مداخله	۳(۳)	۳۰(۳۰)	۴۲(۴۲)	۲۲(۲۲)	۰/۷۹
	مداخله	شاهد	۴(۴)	۲۸(۲۸)	۴۵(۴۵)	۲۳(۲۳)	
	بعد از مداخله	مداخله	۰	۶(۶)	۳۳(۳۳)	۶۱(۶۱)	<۰/۰۰۱
	مداخله	شاهد	۴(۴)	۲۵(۲۵)	۴۵(۴۵)	۲۳(۲۳)	

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی بر ارتقا خود مراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله آموزشی سبب افزایش میانگین نمره خود مراقبتی در افراد گروه مداخله شده است که با نتایج مطالعات انجام شده قبلی توسط آپویوⁱ و همکاران،^{۲۲} رافعی و همکاران^{۲۳} و ابراهیمی و همکاران^{۲۱} همراستا می باشد. در همین راستا در مطالعه حسنی و همکاران نیز مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی موجب افزایش معنادار خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه شده بود.^{۲۴} همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد، خودمراقبتی در اکثر حیطه ها؛ شامل تبعیت از درمان دارویی، اتخاذ رژیم غذایی کم نمک، افزایش فعالیت بدنی و مدیریت وزن، ارتقا پیدا کرده است که با نتایج مطالعه ابراهیمی و همکاران،^{۲۱} اردنⁱⁱ و همکاران^{۲۵} و سالاری و همکاران^۱ همراستا می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی اتخاذ رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی پرفشاری خون در گروه مداخله افزایش معناداری داشته است. این یافته با نتایج یافته های مطالعات انجام شده توسط ابراهیمی و همکاران^{۲۱} و حجازی و همکاران^{۲۶} مطابقت دارد. همچنین در مطالعه آساⁱⁱⁱ و همکاران آموزش مبتنی بر خودکارآمدی به افراد مبتلا به فشارخون موجب افزایش میانگین نمره خودکارآمدی مرتبط با خودمراقبتی پرفشاری خون شده بود.^{۲۷} نگوین^{iv} و همکاران نیز گزارش کردند که آموزش مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی در افراد مبتلا به فشارخون، منجر به افزایش معنادار در نمرات خودکارآمدی گردید و اشاره می کنند که ارائه آموزش از طریق مدل های رفتاری^v بازخورد مثبت، تمرین عملی و حمایت اجتماعی، به شکل گیری یک احساس توانمندی در بیماران کمک می کند و رفتارهای سلامت محور را پایدارتر می سازد.^{۲۸} خودکارآمدی یکی از پایه ای ترین مؤلفه های نظریه شناختی-اجتماعی محسوب می شوند و تعیین کننده اصلی انگیزه، رفتار و پایداری فرد در پیگیری اهداف سلامت محور است.^{۲۹}

یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر افزایش معنادار میانگین نمره خودتنظیمی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بود که با یافته های پژوهش های مشابه توسط رافعی و همکاران^{۲۳} و ابراهیمی و همکاران^{۲۱} هم خوانی دارد. می توان نتیجه گرفت مداخلات آموزشی با تأکید بر یادگیری مقایسه ای و تنظیم رفتار، منجر به بهبود رفتارهای خودتنظیمی و کنترل بهتر بیماری های مزمن مانند پرفشاری خون می شود.^{۳۰} همچنین، سوریایونگ^{vi} و همکاران عنوان داشتند مداخلات آموزشی، که شامل آموزش مهارت های خودتنظیمی و برنامه ریزی هستند، به طور معناداری فعالیت بدنی و پایبندی به رژیم غذایی را در بیماران بهبود می بخشند.^{۳۱}

در پژوهش حاضر افزایش میانگین نمره انتظارات پیامد در افراد مبتلا به فشارخون در گروه مداخله مشاهده شد که یافته های پژوهش های قبلی در این زمینه را تایید می کند.^{۲۱،۲۳،۲۴} در مطالعه ابراهیمی و همکاران انتظارات پیامد انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون افزایش یافته بود.^{۲۱} انتظارات پیامد در کنار خودکارآمدی، نقش کلیدی در شکل گیری و حفظ رفتارهای سالم از جمله در اتخاذ رژیم غذایی کم نمک در افراد مبتلا به پرفشاری خون دارد.^{۱۹} در مجموع، نتایج این پژوهش در کنار یافته های مطالعات اخیر، نشان می دهد که تقویت مؤلفه انتظارات پیامد از طریق آموزش هدفمند و مقایسه ای الگوهای موفق، می تواند به بهبود درک بیماران از مزایای کنترل بیماری منجر شده و رفتارهای سلامت محور را در آن ها تقویت کند.

یافته های حاضر نشان داد که بعد از مداخله میانگین نمره حمایت اجتماعی در گروه مداخله افزایش معناداری یافته بود که با یافته های ابراهیمی و همکاران،^{۲۱} اردن و همکاران^{۲۵} و رافعی و همکاران^{۲۳} همراستا می باشد. سوکما^{vii} و همکاران در یک مطالعه مروری عنوان داشته اند بیماران با حمایت اجتماعی قوی و خودکارآمدی بالا، دو برابر بیشتر به تبعیت از درمان دارویی پایبند بودند.^{۳۲} با توجه به اهمیت نقش خودمراقبتی در ارتقای رفتارهای مرتبط با پرفشاری خون و همچنین پیشگیری از عوارض ناشی از پرفشاری خون و اهمیت رعایت رفتارهای مرتبط با پرفشاری خون در پیشگیری از ابتلا به این عوارض، ضرورت خودمراقبتی در

i-Upoyo
ii-Erden
iii-Asa
iv-Nguyen
v-Role Models

vi-Suriyawong
vii-Sukma

ابعاد وسیع‌تر در جامعه احساس می‌شود و باید از اولویت‌های بهداشتی در جامعه محسوب شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی اثرات مثبت قابل‌توجهی بر بهبود مدیریت بیماری پرفشاری خون دارد. این مداخله سبب افزایش و تعمیق درک اهمیت رفتارهای مراقبتی، تقویت خودکارآمدی و ارتقاء مهارت‌های خودتنظیمی بیماران شده است. همچنین، حمایت اجتماعی نقش مهمی در افزایش حس حمایت و همبستگی افراد ایفا می‌کند. در نتیجه، این رویکرد نه تنها دانش و باورهای بیماران را تقویت می‌کند بلکه توانمندی آنان در مشارکت فعال در مراقبت از سلامت خود را نیز افزایش می‌دهد که در نهایت منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی و اثربخشی مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

انجام مطالعه تنها در مراکز سلامت یک منطقه خاص، ممکن است منجر به محدودیت نتایج فقط به شرایط فرهنگی،

اجتماعی و اقتصادی همان منطقه شود. همچنین، میزان خودمراقبتی و خودتنظیمی از طریق پرسش‌نامه‌های خوداظهاری جمع‌آوری شده‌اند که این روش ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهندگان یا خطای یادآوری قرار گیرد. در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد تأثیر بلند مدت مداخله آموزشی در بازه ۶ ماه تا یک سال مورد بررسی قرار گیرد. همچنین مداخله متمرکز بر یک یا دو سازه نظریه شناختی-اجتماعی، مانند خودتنظیمی و حمایت اجتماعی مطابق با نیاز سنجی از افراد مورد مطالعه قبل از شروع مداخله انجام گیرد.

سپاس‌گزاری: این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که مطالعه حاضر را در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد تصویب نمودند تشکر می‌گردد. همچنین از کلیه همکاران محترم مرکز سلامت و افراد مورد مطالعه نهایت تشکر را داریم.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان بیان نشده است.

References

- Salari S, Aghamolaei T, Hosseini Z, Mohseni S. The Effectiveness of Educational Intervention Based on the Information-motivation-behavioral Skills Model in Improving Self-care Behaviors of Patients With Hypertension. *J Prevent Med* 2024; 10: 318-29.
- Carey RM, Whelton PK. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Ann Intern Med* 2018; 168: 351-8.
- Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension: part I: definition and etiology. *Circulation* 2000; 101: 329-35.
- Park JB, Kario K, Wang J-G. Systolic hypertension: an increasing clinical challenge in Asia. *Hypertens Res* 2015; 38: 227-36.
- Mehrabia F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Farzan R, Omidi S, Aghebati R. Effect of an Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on Self-Care Behavior of Patients With Hypertension: A Clinical Trial. *JGUMS* 2021; 30: 64-75.
- Saeed AA, Al-Hamdan NA, Bahnassy AA, Abdalla AM, Abbas MA, Abuzaid LZ. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Saudi adult population: a national survey. *Int J Hypertens* 2011; 2011: 174135.
- Nasirian M, Rozbahani N, Jamshidi A. The effect of group discussion on self-care behaviors among hypertensive patients referring to health care centers in Arak City. *SJKU* 2019; 24: 56-68.
- Bijani M, Parvizi S, Dehghan A, Sedigh-Rahimabadi M, Rostami-Chijan M, Kazemi M, et al. Investigating the prevalence of hypertension and its associated risk factors in a population-based study: Fasa PERSIAN COHORT data. *BMC Cardiovasc Disord* 2020; 20: 1-8.
- Mirzaei M, Mirzaei M, Bagheri B, Dehghani A. Awareness, treatment, and control of hypertension and related factors in adult Iranian population. *BMC Public Health* 2020; 20: 667.
- Yulianti T, Widayanti AW, Kristina SA, Yasin NM. Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence Among Patients With Hypertension in Primary Healthcare and the Community: A Systematic Review. *J Prev Med Public Health* 2025; 58: 348-59.
- Ogedegbe G, Plange-Rhule J, Gyamfi J, Chaplin W, Ntim M, Apusiga K, et al. A cluster-randomized trial of task shifting and blood pressure control in Ghana: study protocol. *Implementation Sci* 2014; 9: 1-10.
- Bandura, A. Health promotion by social cognitive means. *Heal Educ Behav* 2004; 31: 143-64.
- Carnethon MR, Evans NS, Church TS, Lewis CE, Schreiner PJ, Jacobs Jr DR, et al. Joint associations of physical activity and aerobic fitness on the development of incident hypertension: coronary artery risk development in young adults. *Hypertension* 2010; 56: 49-55.
- Motlagh SFZ, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016; 18: e35805.
- McCormack T, Krause T, O'Flynn N. Management of hypertension in adults in primary care: NICE guideline. *Br J Gen Pract* 2012; 62: 163-4.
- Babaei-Sis M, Ranjbaran S, Mahmoodi H, Babazadeh T, Moradi F, Mirzaeian K. The effect of educational intervention of life style modification on blood pressure

- control in patients with hypertension. *Journal of Education and Community Health* 2016; 3: 12-9.
17. Mehrabia F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Farzan R, Omid S, Aghebati R. Effect of an Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on Self-Care Behavior of Patients With Hypertension: A Clinical Trial. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2021; 30: 64-75.
 18. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *J Natl Med Assoc* 2011; 103: 503-12.
 19. Khobani M, Majlesi M, Haroni J. An Application of the Social Cognitive Theory to Adherence to a Low-Salt Diet in Patients with Hypertension. *Armaghane Danesh* 2024; 29: 67-79.
 20. Zinat Motlagh F. Evaluation of education program based on social cognitive theory in promoting self-care behaviors of hypertension. [Dissertation]. Esfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2016. [Persian].
 21. Ebrahimi E, Nematollahi M, Eslami A. The effect of cognitive-behavioral intervention on self-care behaviors and blood pressure control in patients with primary hypertension. *Journal of Education and Community Health* 2021; 8: 41-9.
 22. Upoyo AS, Sari Y, Taufik A, Anam A, Kuswati A. The Effect of Online Group Education on Promoting Knowledge, Motivation, Self-Efficacy, Self-Care Behaviors and Preventing Uncontrolled Blood Pressure in Hypertensive Patients: A Quasi-Experiment Study. *SAGE Open Nurs* 2024; 10: 23779608241299288.
 23. Rafei S, Aghamolaei T, Hosseini Z, Ghanbarnejad A. Effect of educational intervention based on social cognitive theory on self-care behaviors of high blood pressure patients. *Journal of Preventive Medicine* 2021; 8: 11-1.
 24. Hassani L, Yari A, Mohseni S. The Effect of Educational Intervention Based on Social Cognitive Theory on Self-care Behavior of Patients with Diabetes Referring to Comprehensive Health Service Centers in Fasa. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2025; 13: 173-88.
 25. Erden Y, Yıldız GN, Çiftçi B, Avşar G, Özek S, Özbek E, Sarılioğlu A. The effect of self-management program with tele-nursing based on the Roper-Logan-Tierney model on self-care of hypertensive patients: a randomized controlled trial. *BMC Nurs* 2025; 24: 313.
 26. Hejazi S, Peyman N, Esmaily H. Effect of Educational Intervention Based on Self-efficacy on Preventive Behaviors of Overweight and Obesity among Secondary-school Female Students in Mashhad. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2017; 19: 261-9.
 27. Asa kohne forody Z, Gholian-Aval M, Tehrani H, Esmaily H. The Effect of Self-Efficacy Education Based on Self-Care Behaviors in Self-Help Hypertensive Groups. *Tolooebehdasht* 2021; 20: 14-28.
 28. Nguyen TM. A Social Cognitive Theory-Based Intervention to Promote Self-Management Among Patients With Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Patient Education and Counseling* 2021; 104: 382-9.
 29. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31: 143-64.
 30. Islam KF, Awal A, Mazumder H, Munni UR, Majumder K, Afroz K, Tabassum MN, Hossain MM. Social cognitive theory-based health promotion in primary care practice: A scoping review. *Heliyon* 2023; 9: e14889.
 31. Suriyawong W, Pipatpiboon N. Social cognitive theory-based interventions on healthy lifestyles for hypertensive patients: a systematic review. *Chiang Mai Univer J Nat Sci* 2022; 21: 1-26.
 32. Sukma S. Effect of Social Support and Self Efficacy on Drug Taking Adherence in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Journal of Epidemiology and Public* 2023; 8: 138-49.

Review Article

Effect of a Cognitive-Social Theory-Based Educational Intervention on Self-Care Behaviors in Patients with Hypertension: A Clinical Trial

Hashemi FS¹ , Soltani R^{2,3} , Zamanian M^{4,5} 

¹Committee of Research - School of Public Health- Arak University of Medical Sciences, Arak – Iran, ²Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran, ³Environmental and Industrial Pollutants Research Center (EIPRC) Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran, ⁴Department of Epidemiology, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran, ⁵Social Determinants of Health Research Center (SDHRC Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R.Iran)

e-mail: shadi8685@gmail.com

Received: 27/07/2025 Accepted: 05/10/2025

Abstract

Introduction: Hypertension is a significant public health issue due to its high prevalence and serious complications. This study aimed to investigate the effect of Social Cognitive Theory (SCT) based educational intervention on improving self-care behaviors in individuals with hypertension. **Materials and Methods:** This clinical trial involved 200 individuals with hypertension, divided into two groups: intervention and control (100 individuals per group). The intervention group received four face-to-face training sessions based on SCT. The questionnaire included self-care behavior, based on SCT, and demographic characteristics. The questionnaire was self-administered before and one month after the educational intervention. Data were analyzed using SPSS version 26. **Results:** The mean (standard deviation) age in the intervention and control groups was 45.88 (7.82) and 46.79 (6.07), respectively. The two intervention and control groups did not differ significantly in terms of age ($P=0.287$) and gender ($P=0.460$), respectively. After the educational intervention, the mean scores for outcome expectations ($P<0.001$), self-efficacy ($P<0.001$), self-regulation ($P<0.001$), and social support were significantly different between the experimental and control groups. Following the educational intervention, there was a significant increase in self-care in the intervention groups (98.6 ± 6.1 vs. 72.6 ± 6.4 , $P<0.001$). **Conclusion:** Based on the findings of this study, SCT- based educational interventions have a positive impact on self-care scores in patients with hypertension. Therefore, this training can be used in health centers to improve blood pressure control.

Keywords: High blood pressure, Social cognition theory, Self-care, Self-efficacy, Self-regulation, Social support, Outcome expectations

IRCT20191104045328N31