

دانشور

پزشکی

خودکارآمدی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

نویسندگان: مهدی میرزایی علویجه^۱، مصطفی نصیرزاده^{۲*}، فرزاد جلیلیان^۳، دکتر فیروزه مصطفوی^۴، مونا حافظی^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ایران
۳. کارشناس ارشد- گروه آموزش بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، ایران
۴. استادیار- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ایران
۵. کارشناس مدارک پزشکی- شبکه بهداشت و درمان چادگان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ایران

Email: Mnasirzaeh13@yahoo.com

* نویسنده مسئول: مصطفی نصیرزاده

چکیده

مقدمه و هدف: افزایش فشارخون یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت عمومی در جهان امروز است؛ در این خصوص، خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خودکارآمدی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهرستان فریدن استان اصفهان در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در میان ۲۵۸ نفر از مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به پانزده مرکز بهداشتی درمانی شهرستان فریدن که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد شامل اطلاعات دموگرافیک با نه پرسش و خودکارآمدی با پنج گویه بود. داده‌های توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های پارامتریک تحلیلی، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی تست مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج: میانگین سن افراد ۶۶/۲۴±۱۰/۹۱، ۶۶/۲۴±۱۰/۹۱ نفر مرد (۴۶/۵ درصد)، ۱۳۸ نفر زن (۵۳/۵ درصد) بود. میانگین امتیاز خودکارآمدی ۶۱/۱۴±۱۱/۷۳ (محدوده امتیاز ۰-۱۰۰)، و درک خودکارآمدی نسبت به رفتارهای، مصرف مرتب داروها با ۹۲/۲۵±۱۸/۱۳ و کاهش وزن با ۲۸/۸۸±۲۵/۷ به ترتیب دارای بیشترین و کمترین امتیاز بود. ۷۴/۴ درصد دارای درک خودکارآمدی خوبی بودند. میان درک خودکارآمدی و شغل (p=۰/۰۰۹)، وضعیت تأهل (p=۰/۰۴۵)، وضعیت درآمد (p=۰/۰۲۳) و سطح تحصیلات (p=۰/۰۱۶) اختلاف آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: میزان درک خودکارآمدی در ارتباط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سطح خوبی بود و می‌توان با ارائه آموزش به‌خصوص از طریق پزشکان خودکارآمدی بیشتری را پیش‌بینی کرد.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، پرفشاری خون، ارتقای سلامت.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- شماره ۹۸
اردیبهشت ۱۳۹۱

دریافت: ۹۱/۱/۳۰
آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۳/۸
پذیرش: ۹۱/۳/۱۰

مقدمه

پرفشاری خون^۱، بیماری شایع، مزمن عودکننده (۱) و زمینه‌ساز برای بیماری‌های سکتة قلبی، حمله مغزی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری کلیوی پیشرفته و بیماری‌های عروق محیطی است (۲) و از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقمی بالا را به خود اختصاص می‌دهد (۳) و درعین حال، قابل پیشگیری بوده (۴) که به صورت فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی‌مترجیوه و فشار خون دیاستولیک بالای ۹۰ میلی‌مترجیوه تعریف می‌شود (۵). در سال ۲۰۰۰ شیوع جهانی بیماری ۲۶/۴ درصد اعلام شده، پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۵ حدود ۱/۵۴ میلیارد نفر از بزرگسالان به این بیماری مبتلا باشند (۶). سالیانه ۷/۱ میلیون نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۷). پرفشاری خون به دو دسته تقسیم می‌شود؛ ۹۰ تا ۹۵ درصد آن از نوع اولیه است که تحت تأثیر عواملی مانند عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، عوامل خطر قابل اصلاح مانند چاقی، افزایش نمک مصرفی، الکل، سبک زندگی کم‌تحرک، استرس، رژیم غذایی و عوامل خطر غیرقابل اصلاح مانند وراثت، سن، جنس و نژاد است و فقط ۵ تا ۱۰ درصد، ثانویه و ناشی از سایر اختلال‌های کلیوی، عروقی، غدد درون‌ریز، عصب شناختی، حاملگی و واکنش به داروهاست (۸).

کاهش مرگ‌های ناشی از سکتة مغزی و نارسایی قلبی، تابع تشخیص به‌موقع و کنترل بیماری پرفشاری خون است (۹). میزان کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به این بیماری مزمن در سرتاسر جهان بسیار پایین است (۱۰). در ایران میزان کنترل در زنان و مردان به‌طور تقریبی، مشابه و برابر ۴۱ درصد است (۱۱) و حدود ۵۳ درصد بیماران با تشخیص پرفشاری خون کنترل نشده، کنترلی مناسب روی فشار خون ندارند (۱۲). در فرایند درمان بیماری‌ها، بر مشارکت بیمار در درمان تأکید می‌شود اما این نکته که آیا بیمار اطمینان دارد قادر است این تغییر رفتارها را رعایت کند، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۳). اگر بیماران به

توانمندی خود در تغییر و ارتقای وضعیت سلامتی‌شان از طریق مشارکت خود اعتقادی نداشته باشند دستیابی به آن غیرممکن خواهد بود (۱۴). طبق نظر بندورا، خودکارآمدی^۲ عبارت است از: اعتماد و اطمینان فرد به توانایی خود، در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی به شکل منظم، به طوری که فرد از این طریق به نتایج مطلوب دست یابد (۱۵ تا ۲۲)؛ از طرفی، خودکارآمدی پیش‌شرطی مهم برای خود-مدیریتی^۳ در فرایند تغییر رفتار است (۲۳)؛ همچنین افزایش خودکارآمدی باعث ارتقای خودمراقبتی^۴ در بیماران می‌شود (۲۴). خودکارآمدی، پیش‌نیازی مهم در فرایند تغییر رفتار و ارتقای خودکارآمدی است و این مهم با تکرار در عملکرد، ساده‌کردن و تقسیم‌کردن یک کار به مراحل کوچک می‌تواند فرد را خودکفا کند و در نهایت به خودکارآمدی کامل منجر شود و از آنجاکه مطالعات در-خصوص تعیین میزان خودکارآمدی در بیماران مزمن مانند فشار خون کمتر در کشور ما صورت پذیرفته است هدف از این مطالعه، تعیین میزان خودکارآمدی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهرستان فریدن استان اصفهان بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی^۵ به روش مقطعی^۶ بود و جامعه مورد بررسی را همه بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فریدن تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از تعیین شیوع تعداد مبتلایان به بیماری پرفشاری خون، حجم نمونه با نظر مشاور آماری و در نظر گرفتن سطح معناداری ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$)، $N=1140$ ، $d=0/05$ و $p=0/3$ به‌طور کلی، تعداد ۲۵۸ نفر محاسبه و در نظر گرفته شد و بیماران به شکل تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی با توجه به تناسب میان حجم نمونه و تعداد بیماران تحت نظر هر مرکز از میان مراجعه‌کنندگان پانزده مرکز بهداشتی درمانی شهرستان

2. Self efficacy
3. Self Management
4. Self Care
5. Descriptive- analytical
6. Cross- sectional

1. Hypertension

درمانی و مقیم بودن به صورت ثابت در شهر فریدن و معیارهای خروج از مطالعه شامل مواردی که پرسش-نامه‌ها را ناقص تکمیل کرده بودند و کسانی که تمایل-نداشتند در مطالعه شرکت کنند؛^۱ همچنین آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با رغبت به مطالعه وارد شدند. داده‌های جمع‌آوری شده به نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم وارد شده، با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های پارامتریک تحلیلی مانند ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی تست مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت-کنندگان ۱۰/۹۱±۶۶/۲۴، با حداقل ۳۱ و حداکثر ۸۹ سال، ۶۳ درصد در گروه‌های سنی ۶۰ تا ۸۰ سال، تعداد ۱۲۰ نفر مرد (۴۶/۵ درصد)، ۱۳۸ نفر زن (۵۳/۵ درصد)، ۱۳۶ نفر خانه‌دار (۵۲/۷ درصد)، ۴۶ نفر کشاورز (۱۷/۸ درصد)، ۲۰۱ نفر بی‌سواد (۷۷/۹ درصد)، ۲۱۲ نفر متأهل (۸۲/۲ درصد) و ۱۷۵ نفر دارای سطح درآمد ضعیف (۶۷/۸ درصد) بودند. ۹۰ نفر (۳۴/۹ درصد) درک خودکارآمدی خود را در زمینه مصرف نمک به طور کامل، خوب ارزیابی کردند (جدول ۱).

میانگین فشار خون سیستولی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۳۷/۱۳±۲۰/۲۳، و فشار خون دیاستول ۷۹/۹۶±۱۰/۷۵، وزن ۶۷/۶۶±۱۰/۷۵، قد ۱۶۰/۱۶±۷/۹۱ و نمایه توده بدنی^۲ ۲۶/۴۴±۴/۳۱ بود (جدول ۲)؛ همچنین نمایه توده بدن در ۱۰ نفر (۳/۹ درصد) کمتر از ۱۸، ۸۷ نفر (۳۳/۷ درصد) در ۱۸ تا ۲۵ و در ۱۶۱ نفر (۶۲/۴ درصد) بیشتر از ۲۵ بود و میانگین امتیاز درک خودکارآمدی ۶۱/۱۴±۱۱/۷۳ (با حداقل امتیاز ۲۰ و حداکثر ۹۵) بود. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد میان درک خودکارآمدی رفتارهای، کاهش وزن

انتخاب و به مطالعه، وارد شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه استاندارد (۵) بود که روایی^۱ و پایایی^۲ آن پیش‌تر مورد تأیید قرار گرفته بود و در مطالعه حاضر نیز، روایی آن با استفاده از دیدگاه چهار تن از صاحب‌نظران زمینه مرتبط و پایایی آن با استفاده از بازآزمایی (محاسبه ضریب پیرسون) و میزان همبستگی درونی گویه‌ها با کمک آزمون آماری آلفا کرونباخ محاسبه شد و برابر با ۰/۸۵ به دست آمد و در دو بخش، شامل: بخش اول که «اطلاعات دموگرافیک و پرسش-های زمینه‌ای با نه پرسش که اطلاعات شرکت‌کنندگان در خصوص سن (بر حسب سال)، جنس، شغل (خانه‌دار، کارگر، کارمند، کشاورز، آزاد، بازنشسته و بیکار)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان، دیپلم، فوق‌دیپلم و بالاتر)، وضعیت تأهل (متاهل، مجرد، بیوه و مطلقه)، وضعیت درآمد خانواده (ضعیف، متوسط و خوب)، وزن (بر حسب کیلوگرم)، قد (بر حسب متر) و میزان فشار خون خود در آخرین اندازه‌گیری» را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

بخش دوم گویه‌های مربوط به درک خودکارآمدی فعالیت‌های کاهش‌دهنده فشار خون توصیه‌شده توسط پزشکان با پنج گویه بود که به فعالیت‌های کاهش یا توقف مصرف نمک، کاهش وزن، افزایش فعالیت‌های فیزیکی، ورزش و پیاده‌روی، افزایش مصرف میوه و سبزیجات و مصرف مرتب داروها مربوط بود.

پاسخگویی به گویه‌ها در غالب مقیاس طیف لیکرت پنج درجه‌ای به صورت اصلا، کمی، متوسط، خوب و کاملاً خوب بود که هر پاسخ به ترتیب دارای امتیاز ۰ (صفر)، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ بود. لازم به ذکر است پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی^۳ توسط شرکت-کنندگان و مصاحبه توسط دو نفر کارشناس مجرب بهداشت عمومی تکمیل شد. معیارهای ورود در این مطالعه، شامل این موارد بود: «ابتلا به پرفشاری خون بر-اساس داشتن پرونده پیگیری درمان در مراکز بهداشتی

1. Validity
2. Reliability
3. Self report

تأهل ($p=0/045$) بیشترین خودکارآمدی در متأهلان، وضعیت درآمد ($p=0/023$) بیشترین خودکارآمدی در افراد با درآمد ضعیف و سطح تحصیلات ($p=0/016$) بیشترین خودکارآمدی در افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم، وجودداشت.

و سن ($r=0/182^{**}$ ، $p=0/003$)، وزن و خودکارآمدی رفتار کاهش وزن ($r=0/363^{**}$ ، $p<0/001$) همبستگی معناداری در سطح 0/01 وجود داشت (جدول ۲). آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان‌داد اختلاف آماری معناداری میان درک خودکارآمدی و شغل ($p=0/009$)، بیشترین خودکارآمدی در گروه کشاورزان، وضعیت

جدول ۱. فراوانی و میانگین رفتارهای خودکارآمد ارتقادهنده سلامتی در شرکت‌کنندگان مطالعه

انحراف معیار	میانگین	محدوده نمره	کاملاً خوب		خوب		متوسط		کمی		اصلاً		فراوانی رفتار خودکارآمد
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۴/۴	۶۷/۹	۰-۱۰۰	۳۴/۹	۹۰	۴۰/۷	۱۰۵	۱۵/۱	۳۹	۷/۸	۲۰	۱/۶	۴	کاهش یا توقف مصرف نمک
۲۵/۷۱	۲۸/۸۸	۰-۱۰۰	۲/۳	۶	۸/۱	۲۱	۲۳/۳	۶۰	۳۵/۳	۹۱	۳۱	۸۰	کاهش وزن
۳۱/۰۲	۵۴/۱۷	۰-۱۰۰	۱۹/۴	۵۰	۲۰/۲	۵۲	۲۶/۴	۶۸	۲۶	۶۷	۸/۱	۲۱	افزایش فعالیت‌های فیزیکی
۲۳/۹۷	۵۵/۵۲	۰-۱۰۰	۶/۶	۱۷	۳۵/۷	۹۲	۳۴/۹	۹۰	۱۹	۴۹	۳/۹	۱۰	افزایش مصرف میوه و سبزیجات
۱۸/۱۳	۹۲/۲۵	۰-۱۰۰	۸۰/۲	۲۰۷	۱۱/۶	۳۰	۶/۲	۱۶	۰/۸	۲	۱/۲	۳	مصرف مرتب داروها

جدول ۲. همبستگی متغیرهای مورد مطالعه و رفتارهای خودکارآمد ارتقادهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. سن											
۲. فشار خون سیستول	۰/۰۶۴										
۳. فشار خون دیاستول	۰/۰۲۳	۰/۰۶۹**									
۴. وزن	-۰/۲۳۳**	-۰/۱۶۱**	۱								
۵. قد	۰/۱۳۷*	۰/۱۳۳*	۰/۱۴۹*	۱							
۶- مصرف نمک	-۰/۰۶۳	-۰/۱۱۲	-۰/۰۷۸	۰/۰۱۲	-۰/۰۹۲	۱					
۷. کاهش وزن	۰/۱۸۲*	-۰/۰۲۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۶۳**	-۰/۰۷۵	-۰/۰۰۷	۱				
۸. فعالیت بدنی	-۰/۱۱۴	۰/۰۲۳	۰/۱۵۲*	-۰/۰۴۷	-۰/۱۷۸**	۰/۰۶۵	-۰/۰۰۸	۱			
۹. مصرف میوه و سبزی	-۰/۰۴۵	۰/۰۲۳	۰/۱۲۹*	۰/۰۹۹	۰/۲۰۱**	۰/۰۳۸	۰/۰۹۵	۰/۱۴۵*	۱		
۱۰. مصرف دارو	-۰/۰۶۵	-۰/۰۲۶	۰/۰۳۸	۰/۰۳۷	۰/۱۲۲*	۰/۰۵۹	-۰/۱۳۳*	-۰/۱۰۲	۰/۰۶۰	۱	
BMI.۱۱	۰/۳۳۷**	-۰/۰۹۱	۰/۱۰۶	۰/۰۰۶**	-۰/۱۶۱**	۰/۰۶۸	-۰/۲۳۴**	-۰/۱۷۶**	-۰/۰۳۹	۰/۰۸۹	۱
۱۲. خودکارآمدی	-۰/۰۴۶	-۰/۰۴۴	۰/۱۱۳	-۰/۱۲۷*	۰/۰۶۸	-۰/۴۸۱**	-۰/۴۲۹**	-۰/۵۸۰**	۰/۵۶۳**	-۰/۳۴۵**	-۰/۱۹۵**

کاهش یا توقف مصرف نمک ($p=0/001$) بیشترین خودکارآمدی درک‌شده در گروه بیکاران، افزایش فعالیت‌های فیزیکی، ورزش و پیاده‌روی ($p<0/001$) بیشترین خودکارآمدی در گروه کارگران، مصرف میوه و سبزیجات ($p=0/047$) بیشترین خودکارآمدی در گروه کشاورزان، مصرف مرتب داروها ($p=0/037$) بیشترین خودکارآمدی در گروه کارگران و BMI ($p=0/001$)

میان نوع شغل و فشار خون سیستولی ($p=0/004$)؛ به‌طوری‌که گروه شغلی کشاورزان با فشار خون سیستولی $147/07 \pm 20/51$ دارای بیشترین فشار خون سیستولی، شغل و فشار خون دیاستولی ($p<0/001$)، به‌طوری‌که گروه شغلی کارگران با فشار خون دیاستولی، دارای بیشترین فشار خون دیاستولی، همچنین میان نوع شغل با خودکارآمدی رفتارهای

روی ($p=0/017$) بیشترین خودکارآمدی در متأهلان، میان وضعیت درآمد خانواده و خودکارآمدی رفتارهای کاهش یا توقف مصرف نمک ($p<0/001$) بیشترین خودکارآمدی در خانواده‌های با درآمد ضعیف و مصرف مرتب داروها ($p<0/001$) بیشترین خودکارآمدی در خانواده‌های با درآمد ضعیف، وجودداشت؛ همچنین آزمونی تست مستقل نشان‌داد میان جنسیت شرکت-کنندگان و خودکارآمدی رفتار افزایش فعالیت‌های فیزیکی، ورزش و پیاده‌روی ($p=0/002$) اختلاف آماری معناداری وجودداشت (جدول ۳).

بالاترین میزان در گروه کارمندان بود؛ در ادامه، اختلاف آماری معناداری میان سطح تحصیلات و فشار خون سیستولی ($p=0/002$)، فشار خون دیاستولی ($p=0/002$)، وزن ($p=0/002$) و همچنین با خودکارآمدی رفتارهای افزایش فعالیت‌های فیزیکی، ورزش و پیاده‌روی ($p=0/006$) بیشترین خودکارآمدی در گروه تحصیلی راهنمایی و دبیرستان، مصرف میوه و سبزیجات ($p<0/001$) بیشترین خودکارآمدی در گروه تحصیلی راهنمایی و دبیرستان، میان وضعیت تأهل و فشار خون دیاستولی ($p=0/043$) بیشترین میزان در مجردان و خودکارآمدی افزایش فعالیت‌های فیزیکی، ورزش و پیاده-

جدول ۳. میانگین متغیرهای زمینه‌ای و رفتارهای خودکارآمدی به تفکیک جنسیت شرکت‌کنندگان در مطالعه

p-value	انحراف معیار		میانگین		
	زن	مرد	زن	مرد	
$p<0/001$	۶/۲۴	۷/۰۲	۱۵۶/۰۹	۱۶۴/۸۳	قد
$p>0/05$	۱۲/۶۹	۱۰/۴۲	۶۶/۹۳	۶۸/۴۹	وزن
$p<0/001$	۱۰/۷۶	۹/۴۱	۶۲/۴۹	۷۰/۵۷	سن
$p<0/001$	۱۹/۵۳	۱۹/۵۵	۱۳۲/۱۴	۱۴۲/۸۸	فشار خون سیستول
$p<0/001$	۱۰/۴۳	۱۰/۱۰	۷۶/۹۶	۸۳/۴۲	فشار خون دیاستول
$p<0/001$	۴/۶۶	۳/۴۷	۲۷/۵۳	۲۵/۱۹	نمایه توده بدن
$p>0/05$	۲۴/۷۸	۲۳/۹۷	۶۷/۲۷	۷۳/۳۳	کاهش یا توقف مصرف نمک
$p>0/05$	۲۷/۴۰	۲۳/۶۳	۲۷/۵۴	۳۰/۴۲	کاهش وزن
$0/002$	۶۳/۶۳	۳۴/۴۰	۴۸/۵۵	۶۰/۶۳	افزایش فعالیت‌های فیزیکی
$p>0/05$	۲۳/۶۹	۲۴/۳۶	۵۴/۷۱	۵۶/۴۶	افزایش مصرف میوه و سبزیجات
$0/008$	۱۳/۴۶	۲۱/۹۳	۹۵/۱۱	۸۸/۹۶	مصرف مرتب داروها

کنترل داشتند و در مطالعه کلانی و همکاران (۷) از میان ۷۷/۱ درصد مبتلا به فشار خونی که فعالیت درمانی را انجام می‌دادند، ۱۲/۴ درصد، فشار خون کنترل شده داشتند که به‌طور متوسط به‌نظرمی‌رسد خودکارآمدی مصرف دارو در مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر در سطحی مطلوب‌تر نسبت به مطالعه کلانی و همکاران (۷) قرار گرفته بود. در مطالعه نقوی (۲۵) که در شهر گناباد به‌منظور تعیین شیوع بیماری فشار خون انجام شده بود میزان کنترل فشار خون ۷ درصد ذکر شد که در سطحی پایین‌تر از مطالعه حاضر قرار داشت. در مطالعه حاضر، میان فشارخون دیاستولی و نمایه توده بدن همبستگی مستقیمی وجودداشت که با نتایج مطالعه فتاحی و

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌داد که میان زنان و مردان از نظر میزان فشار خون سیستول و دیاستول اختلاف آماری معناداری وجودداشت که این مسئله با نتایج تحقیق کلانی و همکاران (۷) در بررسی میزان شیوع فشار خون در شهر یزد همخوانی دارد؛ همچنین در مطالعه حاضر، میان فشار خون سیستولک و سن شرکت‌کنندگان همبستگی مستقیمی وجودداشت که چنین نتیجه مشابهی در مطالعه کلانی و همکاران (۷) نیز به‌دست آمده بود. در مطالعه حاضر از میان کل شرکت-کنندگان ۱۰/۴ درصد (۲۷ نفر) فشار خون سیستول و ۳۲/۹ درصد (۸۵ نفر) فشار خون دیاستول خود را تحت

همکاران (۲۶) که نشان دادند میان فشار خون بالا و نمایه توده بدن همبستگی مثبتی وجود داشته، مطابقت دارد؛ اما در مطالعه حاضر، میان فشار خون سیستولی و نمایه توده بدن همبستگی معکوسی وجود داشت. در این مطالعه، میان سطح تحصیلات و فشار خون سیستول دیاستول اختلاف آماری معناداری مشاهده شد که با نتایج مطالعه صدرنیا (۲۷) مشابهت دارد؛ همچنین در این مطالعه میان وزن شرکت کنندگان و فشارخون سیستول دیاستول ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد و در مطالعه صدرنیا (۲۷) نیز به اختلاف آماری معنادار میان فشار خون و وزن بالا نیز اشاره شده بود.

در این مطالعه، میان افزایش قد و فشار خون سیستول دیاستول ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت؛ در حالی که در مطالعه صدرنیا، میان فشار خون بالا و کوتاهی قد اختلاف آماری معناداری مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد. در مطالعه حاضر بیش از سه چهارم شرکت کنندگان را افراد بی سواد تشکیل داده بودند که این یافته با نتایج حاصل از مطالعه شوزد^{۱۱} (۲۸) مشابهت دارد که در میان مبتلایان به بیماری فشار خون بالا بی سواد نسبت به گروهی که مبتلا به فشار خون نیستند بیشتر وجود دارد. در مطالعه حاضر، ۶۲/۴ درصد از شرکت کنندگان دارای نمایه توده بدن بیش از ۲۵ بودند که با نتایج حاصل از مطالعه هوری^{۱۲} (۲۹) و اوهیرا^{۱۳} (۳۰) که نشان دادند نمایه توده بدن در مبتلایان به فشار خون بالاست، مشابهت داشت. در مطالعه حاضر میان درک خودکارآمدی کلی شرکت کنندگان و درک خودکارآمدی رفتارهای ارتقادهنده سلامت، مورد مطالعه همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد که با نتایج حاصل از مطالعه سکار^{۱۴} (۳۱) در خصوص رابطه میان رفتارهای خودمدیریتی در دیابت و خودکارآمدی، همبستگی معناداری میان تغذیه، ورزش، مراقبت از پا و خودکارآمدی گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ اما برخلاف مطالعه حاضر، میان درک خودکارآمدی رفتار مصرف دارو و خودکارآمدی

همبستگی معناداری مشاهده نکردند؛ همچنین ماکه لینین^{۱۵} (۳۲) در مطالعه خود با عنوان خودکارآمدی و ناتوانی، اختلاف معنادار معکوسی میان خودکارآمدی و ناتوانی با همبستگی ضعیفی گزارش کردند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه کاسیکسی^{۱۶} (۳۳) که روی خودکارآمدی بیماران COPD7 صورت پذیرفت، همبستگی مستقیم و معناداری میان درک خودکارآمدی کلی و خودکارآمدی رفتارهای مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه زرینی^{۱۷} (۳۴) نیز که روی خودکارآمدی رژیم غذایی بیماران همودیالیزی انجام شده بود، همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ در مطالعه مروتی^{۱۸} (۳۵) نیز میان خودکارآمدی و رفتارهای مورد مطالعه به منظور خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معناداری مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه مولارسیک^{۱۸} (۵) میان خودکارآمدی رفتار مصرف نمک و جنسیت اختلاف معنادار آماری مشاهده شد به صورتی که زنان خودکارآمدی بیشتری داشتند که با مطالعه حاضر متفاوت است. در مطالعه مولارسیک (۵) میان خودکارآمدی رفتار، افزایش فعالیت فیزیکی و وضعیت تأهل، رابطه آماری معناداری مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد، مولارسیک (۳۵) اختلاف معناداری میان سطح تحصیلات و خودکارآمدی رفتار افزایش فعالیت فیزیکی را گزارش نکرد که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت است. میان میزان درآمد و خودکارآمدی رفتار افزایش فعالیت فیزیکی رابطه معناداری در مطالعه حاضر مشاهده نشد که از این لحاظ با مطالعه مولارسیک (۵) مشابه است. میان نمایه توده بدن و خودکارآمدی افزایش فعالیت فیزیکی در مطالعه مولارسیک (۵) رابطه معناداری را همانند مطالعه حاضر گزارش کرده بود. در مطالعه Mularcik (۵) میان خودکارآمدی رفتار افزایش مصرف میوه و سبزیجات و جنسیت و سطح تحصیلات، اختلاف آماری معناداری

5. Mäkeläinen
6. Kaşıkçı
7. Zrinyi
8. Mularcik

1. Schussed
2. Horiy
3. Ohira
4. Sakar

منابع

1. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite* 2009; 52:209-16.
2. Burt VL. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25: 305-13
3. Nelsson P, Blacklock EH, Rober PJ. Radiovascular risk factors in treated hypertensive: a nationwide, cross sectional study in Sweden. *J International Med.* 2004 Mar; 233(60): 233-45.
4. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Int Med.* 2006; 144(7):485-96.
5. Mularcik KA. Self-Efficacy toward Health Behaviors to Improve Blood Pressure in Patients Who Receive Care in a Primary Care Network [for the Degree of Master of Science in the]. Ohio State University 2010.
6. Kearney PM. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
7. Kalanei z, Shahbazei L, Salimei T, Amineipur MR. The status of hypertension in Yazd city. *Payesh* 2011 winter; 10 (1): 101-7.
8. Moser D, Riegel B. *Cardiac nursing: A companion to Braunwalds heart disease.* Louis: Saunders; 2008.
9. Garraway WM, Whisnant JP. The changing pattern of hypertension and the declining incidence of stroke. *JAMA* 1987; 258: 214-17.
10. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension *Kowsar Medical Journal* 2010 Summer; 15(2): 115-21.
11. Ghorbani R, Eskandariyan R, Malek M, Rashidipoor A. Prevalence of hypertension in the adult population in Semnan. *J Endocrinol Metabol.* 2008; 10(5):495-503. [Persian]
12. Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Fam Prac.* 2007; 24:259-62.
13. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens NB, Visseren FL. Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Educ Couns.* 2006 Jun; 61(3): 443-8.
14. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreuwenberg C, Wolffenbuttel BH, van Wilderen LJ. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. *Int J Nurs Stud.* 2002 May; 39(4): 441-51.
15. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract.* 2005 Jan; 6(1): 37-43.

گزارش شد، در مطالعه حاضر میان خودکارآمدی رفتار افزایش مصرف میوه و سبزیجات و تحصیلات اختلاف آماری معناداری وجود داشت اما با جنسیت اختلاف معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

در مجموع، افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از درک خودکارآمدی خوبی در ارتباط با رفتارهای ارتقای سلامت در مقابل بیماری پرفشاری خون بهره‌مند بودند و میان خودکارآمدی رفتارهای مورد مطالعه به ترتیب رفتارهای مصرف مرتب دارو، کاهش مصرف نمک، افزایش مصرف میوه و سبزیجات، افزایش فعالیت‌های فیزیکی و کاهش وزن، بالاترین امتیاز را به خود اختصاص دادند که می‌توان با ارائه آموزش‌هایی منظم به بیماران با تأکید بر رفتارهای فعالیت بدنی و تغذیه‌ای مناسب به خصوص از طریق پزشکان به سبب تأثیرگذاری بیشتر سخنشان بر مراجعان، تأثیرهای ارتقادهنده سلامتی بیشتری را پیش‌بینی کرد. از محدودیت‌های قابل ذکر در این مطالعه، می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه مورد مطالعه، روش خود-گزارش‌دهی فشار خون افراد از طریق پرسش‌نامه و تنها اتکا بر یادآوری ذهنی مراجعان و کم‌سواد بودن بیشتر افراد مورد مطالعه اشاره کرد و در پایان، یادآور می‌شویم در صورت انجام مطالعات مشابه در دیگر مناطق کشور با حجم نمونه بالاتر و در نظر گرفتن خودکارآمدی رفتارهای دریافت و مصرف مکمل‌های دارویی می‌توان نتایج بهتری را پیش‌بینی کرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همه عزیزان شرکت‌کننده در این مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و حمایت معنوی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، نهایت قدردانی و تشکر را به‌عمل می‌آوریم.

16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2): 191-215.
17. Mazloomei ss, Mehrei A, Morowatisharifabad MA. The Relationship between Self-Esteem and Self-Efficacy and Health Behaviors in Students of Shahid Sadoughi Medical University Yazd. *Strides in Development of Medical Education* 2006; 3 (2): 111-17.
18. Bandura A. Exercise of human agency through collective efficacy. *Curr Dir Psychol Sci* 2000; 9:75- 78
19. Moradi A, Hashemi T, FarzadV, Keramati H; BeyramiM, Kavousian J. The effectiveness of third folds instructional interventions, self-regulation of attentional behavior, self-regulation of motivational behaviors and verbal self instruction, on the academic self-efficacy and math performance of children with ADHD. *Journal of Research in Health Psychology* 2008 spring; 2(1): 5-15.
20. Shannon J, Kirkley B, Ammerman A, Keyserling T, Kelsey K, DeVellis R, Simpson RJ. Self efficacy as a predictor of dietary change in low socioeconomic status southern adult population. *Health Educ Behav* 1997; 24(3):357-68.
21. Bandura A. Self- efficacy in changing societies. New york: Cambridge University Press; 1995.
22. Bandura A, Barbaranelli CY, Pastorelli C. Self-efficacy pathway to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999; 76(2): 258-69.
23. Baljanei A, Rahimei J, Amanpur A, Saleimei S, Parkhashjoo M. The effect of nursing interventions in improving self efficacy and reducing cardiovascular risk factors in cardiovascular disease. *Hayat* 2011; 17 (1): 45-54.
24. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational behavioral joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001 Sep; 40(9): 1044-51.
25. Naghavi M. The Survey of Prevalence of Hypertension in Gonabad City. *Journal of Gonabad University of Medical Science* 2000 spring & summer; 6 (1): 66-70.
26. Fattahi F, kashkouli Behrouzi M, Zarrati M. Relation of body mass index, abdominal obesity, some nutritional habits and hypertension in 25-65 year old population of Tehran. *Koomesh Spring* 2011; 12 (3): 229 – 235.
27. Sadrneia S, Chehrei A. Evaluation of risk factors for high blood pressure in Arak city residents. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of IRAN* 2011 autumn; 22 (3): 211-14.
28. Schussed YR, Shnall p. The effect of work environments on blood pressure: evidence from seven New York organizations. *J Hypertension* 199 8 Jul; (7):679-85.
29. Horiy, Toyosima H: Gender and age differences in lifestyle factors related to hypertension in middle-aged civil service employees. *J Epidemiology*: 2003 Jan, 13(1): 38-47.
30. Ohira J, ISO H: The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities. *J Hypertension*: 2002 Jan 20(1): 21-27.
31. Sakar U, Fisher L, Schillinger D. Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care* 2006; 29:823-829.
32. Mäkeläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A. A Survey of Rheumatoid Arthritis Patients Self-Efficacy. *Internet J Adv Nurs Prac* 2008; 9:6-12.
33. Kaşikçi MK, Alberto J. Family Support, Perceived Self-Efficacy and Self-Care Behavior of Turkish Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Clin Nurs* 2007; 16:1468-1478.
34. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, Pall D. Dietary Self-Efficacy: Determinant of Compliance Behaviours and Biochemical Outcomes in Haemodialysis Patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18:1869-1873.
35. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010; 15(4): 91-100.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.98*

Received: 19/4/2012

Last revised: 28/5/2012

Accepted: 30/5/2012

Self-efficacy of health promotion behaviors in hypertensive patients

Mehdi Mirzaei Alavijeh¹, Mostafa Nasirzadeh^{2*}, Farzad Jalilian³, Firozeh Mostafavei⁴, Mona Hafezi⁵

1. M.Sc. student - Department of Health Education, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. M.Sc. student - Department of Health Education, Faculty of Health, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.
3. M.Sc. of Health Education - Islamic Azad University, Hamadan branch, Hamedan, Iran.
4. Assistant Professor - Department of Health Education, Faculty of Health, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.
5. B.Sc. - Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

E-mail : Mnasirzaeh13@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Hypertension is one of the most important issues of public health worldwide. In this regard, self-efficacy is assurances that the person will feel about certain activities. The aim of this study was to determine self- efficacy of health promoting behavior in hypertensive patients in Friedan city of Isfahan province in 2011.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 258 cases of hypertensive patients who referred to fifteen health care centers of Friedan city that were selected in random sampling. The data collection was a standard questionnaire including demographic information with nine questions and self-efficacy with five items. Data were analyzed by SPSS-18 using the Pearson correlation, ANOVA and t-test at $\alpha= 0.05$.

Results: Mean age of patients was 66.24 ± 10.91 years, 120 were men (46.5 percent) and 138 were women (53.5 percent), average self-efficacy score was 61.14 ± 11.73 (a score range of 0-100), and perceived efficacy of behaviors of regular medications (most related behaviors) was 92.25 ± 18.13 and for weight loss (lowest related behaviors) was 28.88 ± 25.7 , respectively. In addition, 74.4% of persons have a good perceive of their self-efficacy. There were also significant differences between perceived self-efficacy and job ($p = 0.009$), marital status ($p=0.045$), income status ($p=0.023$) and educational level ($p=0.016$).

Conclusion: There was a good level of perceived self-efficacy related to health promotion behaviors and self-efficacy can be predicted by providing training, particularly through doctors.

Key words: Self Efficacy, Hypertension, Health Promotion