

The Effect of Self-Management Program on Adherence to Treatment Regimen in Patients with Hypertension

Shahnaz khaledi¹, Mohammad Iraj Bagheri-Saveh², Fazel Dehvan³, Parisa Karimi⁴, Parvin Mahmoodi⁵

1.Instructor, Nursing & Midwifery School, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-9374-9410, skhaledi134@gmail.com

2.Instructor, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3242-4022

3.Instructor, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Iran. ORCID ID:0000-0003-2833-3678

4.Clinical nurse, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7934-732x

5.Assistant professor, Clinical Care Research Center, Nursing and Midwifery School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID:0000-0002-0309-786x

ABSTRACT

Background and Aim: Hypertension is a common challenge in many parts of the world. Medical reports have indicated that failure to control blood pressure is due to patients' non-compliance with treatment. One of the health related behaviors which can lead to successful treatment and reduce the negative side effects and severity of the disease is patients' adherence to the treatment regimen. Using a self-management program is one of the ways to manage the disease by the individual. Therefore, this study aimed to investigate the effect of self-management program on adherence to treatment regimen in the patients with hypertension.

Material and Methods: This was a semi-experimental study, which included 70 patients with hypertension in Imam Mohammad Ghazali Clinic in Sanandaj City in 2020. The samples were selected using available sampling method and randomly assigned to two groups, intervention (n=35) and control groups (n=35). The intervention group participated in blood pressure self-management skills training for 2 sessions (45 minutes each session) and the control group was placed in the waiting list. Data collection tools included a demographic information form and a questionnaire of adherence to the treatment regimen of Madanloo patients. Using SPSS-22 software, data were analyzed by Chi-square, Fisher's exact test and repeated measurements.

Results: There was no significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics ($p < 0.05$). The results of the repeated measures analysis showed a significant difference between the two groups in the different aspects of treatment i.e., diligence in treatment ($P = 0.039$) commitment to treatment ($P = 0.003$) and adherence to treatment ($P = 0.041$).

Also, the interaction effects of time and group on diligence in treatment ($P = 0.000$), commitment to treatment ($P = 0.001$) and adherence to treatment ($P = 0.000$) were significant. Comparison between intervention and control groups showed self-management training in the intervention group led to increase in the average scores of adherence to treatment aspects, including diligence in treatment, commitment to treatment, and the overall score of adherence to treatment ($P < 0.05$).

Conclusion: The designed and evaluated self-care educational interventions in the present study increased adherence to the treatment and improved its components in the intervention group. Therefore, improving self-care in the patients with hypertension, can possibly help maintain blood pressure in the normal range and reduce its related complications.

Keywords: Blood pressure, Adherence to treatment, Self-management training, Hypertension

Received: June 29, 2022

Accepted: Dec 21, 2022

How to cite the article: Shahnaz Khaledi, , Mohammad Iraj Bagheri-Saveh, Fazel Dehvan, Parisa Karimi, Parvin Mahmoodi. The Effect of Self-Management Program on Adherence to Treatment Regimen in Patients with Hypertension. *ŠJKU* 2023;28(2):110-121.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

شهناز خالدي^۱، محمد ایرج باقري ساوه^۲، فاضل دهنون^۳، پریسا کریمی^۴، پروین محمودی^۵

۱. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران، کد ارکید: ۹۴۱۰-۹۳۷۴-۰۰۰۲-۰۰۰۰، skhaledi134@gmail.com
۲. مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران، کد ارکید: ۳۲۴۲-۰۰۰۰-۰۰۰۲
۳. مربی، گروه مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران کد ارکید: ۲۸۳۳-۳۶۷۸-۰۰۰۳-۰۰۰۰
۴. دانشجو، گروه مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران کد ارکید: ۷۳۲X-۷۹۳۴-۰۰۰۱-۰۰۰۰
۵. استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران، کد ارکید: ۷۸۶X-۰۳۰۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: پرفشاری خون، یک چالش رایج در بسیاری از نقاط جهان است. گزارش‌های پزشکی نشان می‌دهد که عدم کنترل فشار خون به دلیل ناسازگاری بیماران با درمان است. یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که منجر به درمان موفقیت‌آمیز می‌شود و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد، پایبندی بیماران به رژیم درمانی است. یکی از راه‌های مدیریت بیماری توسط فرد، استفاده از برنامه خود مدیریتی است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر رعایت رژیم درمانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی دو گروهی است که بر روی ۷۰ نفر بیمار مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه مداخله ($n=35$) یا کنترل ($n=35$) تخصیص داده شدند. گروه آزمون در ۲ جلسه (هر جلسه ۴۵ دقیقه) در آموزش مهارت خود مدیریتی فشارخون شرکت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. این مطالعه بر مراجعه‌کنندگان درمانگاه امام محمد غزالی شهر سنندج در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی بیماران مدانلو بود. اطلاعات با استفاده از تست‌های آماری مجذور کای، تست دقیق فیشر و اندازه‌های تکراری با نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک، تفاوت معنی داری نداشتند ($p < 0.05$). نتایج آزمون اندازه‌های تکراری نشان داد که در ابعاد اهتمام در درمان ($P=0.039$)، تعهد به درمان ($P=0.003$) و تبعیت از درمان ($P=0.041$) تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد. همچنین اثر متقابل زمان و گروه به ترتیب در ابعاد اهتمام در درمان ($P=0.000$)، تعهد به درمان ($P=0.001$) و تبعیت از درمان ($P=0.000$) معنی دار بوده است. مداخلات آموزشی خودمدیریتی در گروه مداخله سبب افزایش میانگین نمره ابعاد تبعیت از درمان از جمله اهتمام در درمان، تعهد به درمان و نمره کلی تبعیت از درمان نسبت به گروه کنترل شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: مداخلات آموزشی خود مراقبتی طراحی و ارزیابی شده در مطالعه حاضر می‌تواند سبب افزایش میزان تبعیت از درمان و ارتقاء مؤلفه‌های درون مایه آن نسبت به گروه کنترل شود؛ لذا با ارتقاء خود مراقبتی در بیماران مبتلا به فشار خون می‌توان به حفظ فشارخون در محدوده نرمال و کاهش عوارض مرتبط با آن کمک کرد.

واژگان کلیدی: فشار خون، تبعیت از درمان، آموزش خود مدیریتی، پرفشاری خون

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۴/۸ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۱/۹/۳ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۳۰

مقدمه

پرفشاری خون یک موضوع مهم سلامتی جهانی است. فشار خون بیشتر از ۳۹.۱ میلیارد بزرگسال را در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است (۱). تخمین زده شده که تا سال ۲۰۲۵، یک و نیم میلیارد نفر در سراسر جهان به پرفشاری-خون مبتلا می‌شوند. این میزان، شانس ابتلا به بیماری قلبی و حمله قلبی را به ترتیب ۵۰ و ۷۵ درصد افزایش می‌دهد (۲). در حال حاضر سالانه ۱۷۷ هزار مورد مرگ و میر در کشور ایران رخ می‌دهد که از این تعداد ۵۲ هزار مورد به علت فشار خون و سکته مغزی است (۲). شیوع فشار خون بالا در آسیا مشابه شیوع در کشورهای غربی است و بین ۲۳ تا ۴۱ درصد در مردان و بین ۱۱ تا ۳۴ درصد در زنان متغیر است. فشار خون بالا یک خطر مهم برای بیماری‌های قلبی عروقی در سراسر جهان است که به مرور زمان موجب تغییرات فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی در سیستم‌های مختلف بدن می‌شود. فشار خون بالا عاملی تعیین کننده در بیماری-های قلب، کلیه و مغز محسوب می‌شود (۳). کاهش ده میلی متر جیوه فشار خون سیستولیک یا پنج میلی متر جیوه فشار خون دیاستولیک خطر مرگ و میر ناشی از بیماری-های قلبی عروقی را کاهش می‌دهد (۴).

دستورالعمل‌های ACC/AHA و ESC/ESH علاوه بر مداخلات دارویی ضد فشارخون، مداخلات سبک زندگی را برای پیشگیری و درمان توصیه می‌کنند. مداخلات سبک زندگی مؤثر برای کاهش فشار خون شامل ورزش بدنی، کاهش وزن بدن، اعتدال در مصرف الکل، الگوهای غذایی سالم با مصرف کم سدیم و زیاد پتاسیم و درمان‌های رفتاری مانند تنفس هدایت شده، یوگا، مدیتیشن یا بیوفیدبک است (۵).

میزان موفقیت در کنترل پرفشاری خون در کشورهای مختلف متفاوت است. اجرای طرح‌های گسترده و اقدامات مداخله‌ای در برخی کشورها منجر به موفقیت‌های چشم‌گیری در کنترل این بیماری شده است. به طوری که کشورهای توسعه یافته با آموزش بهداشت و تغییر رفتار این

بیماری را با موفقیت مدیریت کرده اند (۴)؛ اما بر اساس مطالعات انجام شده در برخی شهرهای ایران مانند رشت میزان کنترل آن قابل توجه نبوده است (۶). مطالعات نشان داده است که تعداد زیادی از مبتلایان به پرفشاری خون در ایران از بیماری خود اطلاع نداشته و بیماران تحت درمان نیز کنترل کافی بر بیماری خود ندارند (۷).

کنترل موفقیت‌آمیز، کاهش عوارض و شدت پرفشاری خون از طریق تبعیت بیماران از رژیم درمانی میسر می‌شود (۸). پزشکان و مردم وقت و انرژی زیادی را صرف اقدامات تشخیصی پرفشاری خون می‌کنند؛ اما بسیاری از این بیماران به علت خستگی ناشی از درمان طولانی مدت و ناامیدی از درمان قطعی، تبعیت از رژیم درمانی توصیه شده را نادیده می‌گیرند (۹).

عدم تبعیت از رژیم درمانی دارویی و غیر دارویی در این بیماران منجر به عود بیماری، بستری شدن در بیمارستان، نیاز به درمان‌های فوری، سکته مغزی و افزایش مرگ و میر می‌شود (۳). از طرف دیگر، آموزش مدیریت بیماری به بیمار منجر به صرفه‌جویی در هزینه‌ها، کاهش دفعات بستری (۱۰، ۱۱)، بهبود علائم بیماری، کیفیت زندگی بیماران، پایبندی به دستورات پزشکی و رضایت بیماران شده است (۱۲).

خود مدیریتی تحت عنوان توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علائم، درمان مشکلات جسمی، روحی، روانی، تغییر سبک زندگی و در نهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می‌شود (۱۳). خود مدیریتی یک استراتژی اصلاح رفتار است که در مدیریت بیماری‌های مزمن تأثیر زیادی دارد. این استراتژی بهترین روش برای متقاعد کردن بیمار به تغییرات رفتاری، تبعیت از رژیم دارویی و نقش مؤثر بیمار در درمان بیماری خود در طولانی مدت است (۱۴). استراتژی‌های خود مدیریتی از طریق افزایش آگاهی بیمار از بیماری، منجر به تبعیت وی از رژیم درمانی، حفظ و ارتقای سلامتی و کاهش پیامدهای آن می‌شود (۱۵). در صورت موفقیت در یادگیری خود مدیریتی

به صورت چهره به چهره آموزش دادند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که آموزش مداخلات پرستاری در رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشار خون تأثیر مطلوبی دارد (۲۲). در خصوص اثربخشی برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن مطالعاتی در سایر کشورها انجام شده است؛ اما در ایران کمتر به این موضوع پرداخته شده است. با توجه به اهمیت برنامه‌های خود مدیریتی در حفظ و ارتقای سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون، تعداد زیاد این بیماران، تفاوت فرهنگی و اجتماعی مردم جوامع مختلف (سبک زندگی، تغذیه، فعالیت و ...)، تفاوت عملکرد سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی، به نظر لازم می‌رسد تا قابلیت اجرائی و تطابق این برنامه در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت موفقیت آمیز بودن نتایج بتوان نسبت به گسترش و تعمیم این برنامه‌ها اقدام نمود؛ لذا با توجه و خلأ دانشی موجود در کشور ایران، برنامه خود مدیریتی فشارخون طراحی، اجرا و مورد ارزیابی قرار گرفت. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی بر تبعیت از رژیم‌درمانی در افراد مبتلا به پرفشار خون انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه نیمه تجربی یک سویه کور و دو گروهی است. حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۷۰ نفر برآورد شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به فشارخون بالای (فشارخون بالای ۱۴۰ بر ۹۰ میلی‌متر جیوه) مراجعه کننده به درمانگاه امام محمد غزالی شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس به صورت تصادفی (کارت رنگی) به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. به این صورت که تعداد ۷۰ کارت شامل ۳۵ کارت آبی پررنگ برای گروه مداخله و ۳۵ کارت آبی کم رنگ برای گروه کنترل تهیه گردید و هنگام ویزیت در درمانگاه، توسط

بیمار ضرورت تغییر در رفتار یا سبک زندگی را احساس خواهد کرد (۱۶).

مطالعات نشان داده است که آموزش غیرفعال خود مراقبتی توسط پرستار به بیمار منجر به تغییر رفتار در بیمار نمی‌شود؛ اما زمانی که بیمار به طور فعال در آموزش کنترل بیماری، شناخت نشانه‌ها و عوارض آن شرکت داده می‌شود، نتایج بهتری در سلامتی بیمار حاصل خواهد شد (۱۷، ۱۸)؛ بنابراین در بیماری‌های مزمن لازم است که روش یادگیری تعاملی که شامل مشارکت فعال بیمار در آموزش، خود مراقبتی و تصمیم‌گیری جایگزین روش ارائه‌ی دانش به روش غیر فعال شود (۳).

عدم آموزش صحیح خود مراقبتی منجر به کاهش همکاری بیمار می‌شود. همکاری اندک بیمار با پزشک در مدیریت فشارخون و عدم انطباق با تغییرات عادات تغذیه‌ای می‌تواند منجر به فشارخون کنترل نشده شود (۱۹). بیماران به عنوان ذینفعان اصلی باید در روند درمان شرکت کنند. مشارکت بیماران تنها زمانی اتفاق می‌افتد که پزشک و پرستار توجه لازم به اهمیت و ضرورت موضوع آموزش خود مراقبتی را داشته باشند.

توران و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند با افزایش حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به پرفشار خون، تبعیت از درمان دارویی در آن‌ها به طور چشم‌گیری افزایش می‌یابد (۲۰). فخری و همکاران (۲۰۱۷) جلسات آموزشی به همراه مصاحبه انگیزشی بر پایه نیازسنجی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده برای سالمندان مبتلا به پرفشاری خون برگزار کردند. آن‌ها دریافتند که این نوع آموزش منجر به افزایش رفتارهای تبعیت از درمان در سالمندان مبتلا پرفشاری خون می‌شود (۲۱). اقبالی و صالحی (۲۰۱۸) مداخلات پرستاری مبتنی بر آموزش‌های خود مراقبتی که شامل سبک زندگی سالم، درمان بیماری‌های جزئی، مدیریت بیماری مزمن و مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان بود را به بیماران

قسمتی است که از کاملاً با امتیاز ۵ تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. بدین ترتیب هرچه نمره‌ی کل یا نمره‌ی هر طبقه بیشتر باشد، فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است.

گویه‌های این پرسشنامه در ۸ بعد شامل تردید در اجرای درمان، تعهد به درمان، پایبندی به درمان، تلفیق درمان با زندگی، توانایی تطابق، تمایل به مشارکت در درمان، اهتمام در درمان و تبعیت از درمان طبقه بندی شده است. نمره‌ی کل مقیاس از صفر تا ۲۰۰ بود؛ بنابراین نمره‌ی هر بعد از مجموع امتیازات گویه‌های آن بعد و نمره‌ی کل از مجموع امتیازات ابعاد محاسبه شد. با تبدیل امتیاز کسب شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه‌ی آن با حداکثر و حداقل امتیازات پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر شد. تبعیت از درمان را در کل و یا در هر یک از ابعاد تبعیت به طور جداگانه بررسی شد. بدین صورت که نمره‌ی تبعیت از درمان با ۷۵-۱۰۰ درصد به صورت بسیار خوب و با ۵۰-۷۴ درصد به صورت خوب و با ۲۶-۴۹ درصد به صورت متوسط و با ۰-۲۵ درصد به صورت ضعیف تفسیر شد.

فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌ی تبعیت از رژیم درمانی قبل از مداخله با بررسی پرونده و پرسش از بیمار تکمیل گردید. فشار خون سیستول و دیاستول بیماران با فشار سنج بازویی از بازوی راست دو مرتبه در دو روز (قبل از مداخله و شش هفته بعد از مداخله) اندازه گیری شد. بیماران گروه مداخله در دو کارگاه حضوری ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای آموزش خود مدیریتی در درمانگاه پس از هماهنگ نمودن زمان و طبق قرار قبلی حضور یافتند. آموزش توسط پژوهشگر به صورت چهره به چهره و همراه پرسش و پاسخ با محتوای آموزشی شامل تعریف فشارخون طبیعی، تعریف پرفشاری خون، عوامل ایجاد بیماری، عوامل خطر، علائم بیماری، رفتارهای خود مدیریتی در فشارخون از جمله تبعیت از رژیم دارویی، عوارض دارویی، تبعیت از

بیمار بداشته می‌شد و بر اساس رنگ کارت انتخابی، گروه تخصیص یافته تعیین می‌شد. معیارهای ورود شامل فشار خون سیستولی بیشتر از ۱۴۰ و دیاستولی بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه به طور مزم، تشخیص پرفشاری خون توسط پزشک و ثبت در پرونده بهداشتی، توانایی برقراری ارتباط کلامی در بیمار یا یکی از اعضای خانواده، فقدان اختلال شنوایی و بینایی، فقدان بیماری بدخیم یا بیماری روانی شناخته شده و تمایل آگاهانه به شرکت در مطالعه بودند. معیارهای خروج شامل بروز هرگونه وضعیت اورژانسی (بروز بحران فشارخون، سکتة حاد قلبی و مغزی)، عدم تمایل به ادامه همکاری، عدم به کارگیری برنامه خود مدیریتی و سابقه شرکت در مطالعات مشابه بود.

پس از ارزیابی ۷۸ بیمار از نظر شرایط ورود به مطالعه، ۴ نفر به دلیل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، ۱ نفر به دلیل اختلال شنوایی، ۱ نفر به دلیل بیماری سرطان پروستات وارد مطالعه نشدند. پس از ورود ۳۱ نفر به هر گروه، ۱ نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه مطالعه و ۱ نفر به دلیل عدم همکاری برنامه خود مراقبتی، از مطالعه خارج شدند. در نهایت دو گروه (هر گروه ۳۵ نفر) آنالیز شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم ثبت اطلاعات ۲ قسمتی استفاده شد. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی بود که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سابقه مصرف سیگار، بیماری زمینه‌ای، میزان رضایت از درآمد و میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بود. پژوهشگر با استفاده از دستگاه فشارسنج جیوه ای (ALP K2 model: No 300-VS; Tanaka) (Sangyo Co., Ltd, Tokyo, Japan) که قبل از آغاز مطالعه کالیبره شده بود، فشارخون را اندازه‌گیری و ثبت می‌کرد.

بخش دوم شامل پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی بیماران مزم بود. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو طراحی و در سال ۱۳۹۷ توسط فاطمی و همکاران روان‌سنجی شد (۲۳). مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت شش

پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان توسط بیماران تکمیل شد و پس از انجام پس آزمون به منظور رعایت موازین اخلاقی محتوی آموزشی و بسته آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. لازم به ذکر است که بیماران گروه کنترل مراقبت های روتین درمانگاه را دریافت کردند که شامل آموزش های کلی و سرپایی کارکنان درمانگاه به این بیماران بود که به شکل چهره به چهره به آن‌ها منتقل می شود (جدول ۱). برای بررسی همگن بودن دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، متغیرهای زمینه ای و بالینی از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه خود مراقبتی هر دو گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون آنالیز اندازه‌های تکراری (Repeated Measure) استفاده شد. برای تمام آزمون‌های فوق، سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

رژیم غذایی، ورزش های مناسب و آموزش نحوه‌ی صحیح اندازه گیری فشارخون بود. به بیماران گروه مداخله گفته شد که در صورت بروز مشکل می توانند با شماره‌ی پژوهشگر ارتباط برقرار کرده و رفع اشکال کنند. یک بسته آموزشی در مورد فشارخون در جلسه‌ی اول به افراد گروه مداخله داده شد و از بیماران خواسته می شود که مطالب آموخته شده را به کار ببرند و در پایان جلسه‌ی آموزشی به گروه مداخله به مدت شش هفته فرصت داده شد که این آموزش ها را در منزل به کار ببرند. در این مدت در طی تماس های تلفنی با این افراد، از اجرای برنامه خود مدیریتی اطمینان حاصل شد و به سؤالات احتمالی ایشان پاسخ داده شد. جمع آوری داده ها در گروه مداخله و گروه کنترل در طی شش هفته پس از مداخله انجام گردید. بدین صورت که پس از اتمام این مدت مجدد

جدول ۱: سرفصل های آموزشی در دو کارگاه آموزش خود مدیریتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

ردیف	سرفصل آموزش داده شده به گروه مداخله طی دو کارگاه حضوری و بسته آموزشی
۱	تعریف فشارخون طبیعی
۲	تعریف پرفشاری خون
۳	عوامل ایجاد بیماری
۴	عوامل خطر پرفشاری خون
۵	علائم بیماری پرفشاری خون
۶	رفتارهای خود مدیریتی در فشارخون از جمله تبعیت از رژیم دارویی، غذایی و ورزش های مناسب و عوارض دارویی
۷	آموزش نحوه‌ی صحیح اندازه گیری فشارخون

جدول ۲: ویژگی های فردی واحدهای مورد مطالعه

P	گروه آزمون		گروه کنترل		متغیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰/۲۲۹	۵۱/۴۰	۱۸	۳۷/۱۰	۱۳	زن	جنسیت
	۴۸/۶۰	۱۷	۶۲/۹۰	۲۲	مرد	
۰/۲۸۳	۷۴/۴۵	۲۶	۸۵/۸۰	۳۰	متأهل	وضعیت تأهل
	۲۵/۵۵	۹	۱۴/۲۰	۵	مجرد	
۰/۳۶۵	۲۵/۷۰	۹	۱۱/۴۰	۴	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
	۶۲/۹۰	۲۲	۶۸/۶۰	۲۴	دیپلم	
	۲/۹۰	۱	۸/۶۰	۳	لیسانس	میزان تحصیلات
	۸/۶۰	۳	۱۱/۴۰	۴	فوق لیسانس و بالاتر	

خانه دار	۱۲	۳۴/۳۰	۱۹	۵۴/۳۰	۰/۳۶۵
کارگر	۴	۱۱/۴۰	۴	۱۱/۴۰	
کارمند	۱۴	۴۰	۹	۲۵/۷۰	
بازنشسته	۵	۱۴/۳۰	۳	۸/۶۰	

جدول ۳: میانگین ابعاد تبعیت از درمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون در بیماران مبتلا به فشار خون بالا

P-value Repeated measure	گروه کنترل		گروه آزمون		زمان اندازه گیری	زمان بعد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰,۰۳۹	۲۲/۷۸	۷۰/۰۴	۲۲/۹۵	۶۹/۶۵	قبل از مداخله	اهتمام در درمان (%)
	۲۰/۷۳	۷۰/۵۴	۱۶/۹۴	۷۸/۷۹	بعد از مداخله	
۰,۷۰۵	۲۱/۰۳	۶۵/۴۹	۲۲/۵۴	۶۶/۲۸	قبل از مداخله	تمایل به مشارکت در درمان (%)
	۱۹/۱۳	۷۳/۵۵	۱۷/۷۳	۷۸/۹۳	بعد از مداخله	
۰,۳۵۷	۱۸/۸۱	۵۷/۶۳	۲۱/۱۹	۶۱/۷۱	قبل از مداخله	توانایی تطابق (%)
	۱۹/۰۰	۶۷/۵۱	۱۹/۶۱	۷۴/۶۹	بعد از مداخله	
۰,۱۸۹	۱۵/۰۷	۶۹/۹۴	۱۶/۷۶	۶۷/۲۰	قبل از مداخله	تلفیق درمان با زندگی (%)
	۱۰/۶۸	۷۴/۰۶	۱۵/۶۴	۷۷/۴۸	بعد از مداخله	
۰,۱۹۴	۲۴/۹۴	۶۹/۷۱	۲۴/۳۲	۶۸/۰۰	قبل از مداخله	پایبندی به درمان (%)
	۲۲/۰۸	۷۶/۴۳	۱۹/۲۳	۸۰/۸۵	بعد از مداخله	
۰,۰۰۳	۲۳/۶۳	۳۱/۸۸	۲۰/۵۴	۳۲/۳۴	قبل از مداخله	تعهد به درمان (%)
	۲۲/۰۸	۷۶/۴۳	۱۹/۲۳	۸۰/۸۵	بعد از مداخله	
۰,۴۶۴	۲۵/۷۴	۲۱/۱۴	۲۲/۴۶	۲۴/۱۹	قبل از مداخله	تردید در اجرای درمان (%)
	۲۸/۳۲	۱۹/۲۴	۲۲/۰۷	۱۶/۳۸	بعد از مداخله	
۰,۰۴۱	۱۴/۴۲	۵۸/۵۸	۱۴/۷۲	۵۹/۱۲	قبل از مداخله	تبعیت از درمان (%)
	۱۱/۷۵	۶۲/۴۳	۱۱/۲۳	۶۶/۴۷	بعد از مداخله	

Repeated measure

جدول ۴: بررسی اثر هم‌زمان گروه و زمان و اثر متقابل

p-value	F	میانگین مربعات	مجموع مربعات	منبع تغییر	متغیر
۰/۲۱۰	۱/۶۰	۱۷۳/۰۱	۱۷۳/۰۱	زمان	اهتمام در درمان
۰/۰۳۹	۴/۴۱	۳۲۹۳/۸۷	۳۲۹۳/۸۷	گروه	
۰/۰۰۰	۳۵/۳۳	۳۸۱۳/۲۹	۳۸۱۳/۲۹	زمان * گروه	
۰/۰۰۴	۸/۸۹۳	۱۶۵/۵۸۸	۱۶۵/۵۸۸	زمان	تمایل به مشارکت در درمان
۰/۷۰۵	۰/۱۴۵	۱۱/۰۹۸	۱۱/۰۹۸	گروه	
۰/۰۰۰	۳۶/۰۷۳	۶۷۱/۶۴۵	۶۷۱/۶۴۵	زمان * گروه	
۰/۰۰۰	۱۶/۱۴۸	۶۲۴/۰۲۲	۶۲۴/۰۲۲	زمان	توانایی تطابق
۰/۳۵۷	۰/۸۶۰	۱۰۳/۲۰۰	۱۰۳/۲۰۰	گروه	
۰/۰۱۰	۷/۰۶۵	۲۷۳/۰۲۲	۲۷۳/۰۲۲	زمان * گروه	

۰/۰۰۰	۲۲/۱۴۷	۶۵/۹۸۱	۶۵/۹۸۱	زمان	تلفیق درمان با زندگی
۰/۱۸۹	۱/۷۶۰	۴۰/۹۶۸	۴۰/۹۶۸	گروه	
۰/۰۰۰	۹۷/۷۲۶	۲۹۱/۱۵۳	۲۹۱/۱۵۳	زمان * گروه	پایبندی به درمان
۰/۰۳۲	۴/۷۸۲	۳۹/۴۶۸	۳۹/۴۶۸	زمان	
۰/۱۹۴	۱/۷۱۸	۴۹/۲۴۶	۴۹/۲۴۶	گروه	تعهد به درمان
۰/۰۰۰	۳۰/۸۱۵	۲۵۴/۳۲۵	۲۵۴/۳۲۵	زمان * گروه	
۰/۱۳۹	۲/۲۳۷	۳۶/۸۳۳	۳۶/۸۳۳	زمان	تردید در اجرای درمان
۰/۰۰۳	۹/۳۱۰	۲۸۹/۶۶۳	۲۸۹/۶۶۳	گروه	
۰/۰۰۱	۱۱/۱۶۸	۱۸۳/۸۶۲	۱۸۳/۸۶۲	زمان * گروه	تبعیت از درمان
۰/۸۰۳	۰/۰۶۳	۰/۴۷۵	۰/۴۷۵	زمان	
۰/۴۶۴	۰/۵۴۲	۹/۴۵۲	۹/۴۵۲	گروه	ONCVA
۰/۰۰۴	۸/۸۲۹	۶۶/۹۰۳	۶۶/۹۰۳	زمان * گروه	
۰/۰۷۹	۳/۱۷۸	۱۰۴۶/۰۳۴	۱۰۴۶/۰۳	زمان	یافته‌ها
۰/۰۴۱	۴/۳۳۶	۷۰۶۸/۹۳۹	۷۰۶۸/۹۳	گروه	
۰/۰۰۰	۴۰/۵۰۷	۱۳۳۳۱/۷۴۸	۱۳۳۳۱/۷۴	زمان * گروه	بیماران دو گروه تفاوت معناداری در میانگین متغیرهای دموگرافیک نداشتند. میانگین سنی بیماران گروه کنترل ۵۷/۸۹±۹/۳۷ گروه مداخله ۵۶/۹۶±۹/۲۷، در گروه کنترل ۲۲ نفر (۶۲،۹۰٪) و در گروه مداخله ۱۷ نفر (۴۸،۶۰٪) مرد، در گروه کنترل ۳۰ نفر (۸۵،۵۰٪) و در گروه مداخله ۲۶ نفر (۷۴،۴۵٪) متأهل بودند. فشارخون سیستولی و دیاستولی بیماران گروه آزمون به طور متوسط کمتر از گروه کنترل بود؛ اما تفاوت آماری معناداری نداشت (P=0/753).

ONCVA

یافته‌ها

میانگین نمره تبعیت از درمان و ابعاد اهتمام در درمان، تمایل به شرکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، پایبندی به درمان در بیماران هر دو گروه آزمون و کنترل در قبل و بعد از مداخله بیشتر از حد متوسط (۵۰٪) بود. میانگین نمره ابعاد تردید در درمان و تعهد به درمان در بیماران هر دو گروه آزمون و کنترل در قبل و بعد از مداخله کمتر از حد متوسط (۵۰٪) بود. اختلاف میانگین ابعاد تبعیت از درمان قبل از مداخله در گروه آزمون با گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت.

نتایج آزمون اندازه‌های تکراری نشان داد که در ابعاد اهتمام در درمان (P=0.039)، تعهد به درمان (P=0.003) و تبعیت از درمان (P=0.041) تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد. همچنین اثر متقابل زمان و گروه به ترتیب در ابعاد اهتمام در درمان (P=0.000)، تعهد به درمان (P=0.001) و تبعیت از درمان (P=0.000) معنی دار بوده است.

بر اساس نتایج جدول (۳)، بیشترین و کمترین میانگین نمره در قبل از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب مربوط به ابعاد اهتمام در درمان (۷۸/۲۲ ± ۷۰/۰۴٪) و تردید در اجرای درمان (۲۲/۴۶ ± ۲۴/۱۹٪) بود. بیشترین کمترین میانگین نمره در بعد از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب مربوط به پایبندی به درمان (۱۹/۲۳ ± ۸۰/۸۵٪) و تردید در اجرای درمان (۲۵/۷۴ ± ۲۱/۱۴) بود.

نیز به نتایج مشابهی مبنی بر اینکه برنامه آموزشی در گروه مداخله میزان تبعیت را نسبت به حالت قبل از دریافت آموزش افزایش می‌دهد (۲۳، ۲۲). اگرچه که این مطالعات پرسش‌نامه سنجش پیامدها و همچنین نوع مداخله متفاوتی با مطالعه حاضر داشتند.

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت از رژیم درمانی در مؤلفه‌های اهتمام در درمان، تعهد به درمان و تبعیت از درمان بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معنی‌داری دارند. چندین مطالعه ایرانی به بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر پیامدهای مختلف در جمعیت بیماران با پرفشاری خون پرداخته‌اند. نتایج مطالعه نجفی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که مداخلات آموزشی خود-مدیریتی (با یا بدون پیگیری) سبب بهبود میزان فشارخون نسبت به گروه کنترل شد (۲۵). نتایج مطالعه گنجی و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که اجرای برنامه آموزش خود مراقبتی می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون شود (۲۶). مطالعه جلیلیان و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده است که برنامه آموزشی تدوین شده می‌تواند در ارتقای شناخت و نگرش بیماران مبتلا به پرفشاری خون در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از پرفشاری خون تأثیرگذار باشد (۲۷). مطالعه حاضر پیامدهای ذکر شده در این مطالعات را مورد بررسی قرار نداده است. البته این مطالعات چون مؤلفه‌های پیش نیاز تغییر رفتار یعنی آگاهی، نگرش و سواد سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند، پیش فرضی برای تأثیر این گونه مداخلات بر خود رفتار یعنی تبعیت از درمان را ایجاد می‌کنند؛ بنابراین همه این مطالعات در یک راستا هستند. یافته‌های مطالعه بقایی و همکاران (۱۳۹۵) بیانگر افزایش تبعیت از درمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از آموزش بود که با نتایج مطالعه ما همسو بود (۲۸).

مطالعه حاضر نشان داد که مداخله آموزشی می‌تواند سبب افزایش تبعیت از درمان نسبت به حالت پایه شود و از طرف دیگر در مقایسه با گروهی که مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند

در ابعاد تمایل به مشارکت در درمان ($P=0.705$)، توانایی تطابق ($P=0.357$)، تلفیق درمان با زندگی ($P=0.189$) و پابندی به درمان ($P=0.194$) بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد؛ اما اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه به ترتیب در بعد مشارکت در درمان ($P=0.004$) و ($P=0.000$)، در بعد توانایی تطابق ($P=0.000$) و ($P=0.010$)، در بعد تلفیق درمان با زندگی ($P=0.000$) و ($P=0.000$) و در بعد پابندی به درمان ($P=0.032$) و ($P=0.000$) بود که همگی نشان‌دهنده معنی‌دار بودن اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه در این ابعاد است. در بعد تردید در اجرای درمان فقط اثر متقابل گروه زمان معنی‌دار بود. (جدول ۴)

در بعد تردید در اجرای درمان فقط اثر متقابل زمان گروه ($P=0.004$) معنی‌دار بود اما اثر زمان ($P=0.803$) و اثر گروه ($P=0.464$) معنی‌دار نبود.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی بر تبعیت از رژیم درمانی در افراد مبتلا به پرفشار خون انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که این نوع از مداخلات آموزشی خود مدیریتی در گروه مداخله می‌تواند سبب افزایش میانگین نمره ابعاد مختلف تبعیت از درمان و نمره کلی تبعیت از درمان نسبت به حالت قبل از مداخله در این گروه شود. تغییرات در مورد همه مؤلفه‌ها افزایشی بود؛ اما در مورد مؤلفه «تردید در اجرای درمان» کاهش بود. در مورد گروه کنترل فقط در مورد نمره بعد «توانایی تطابق» پس از مداخله افزایش قابل ملاحظه مشاهده شد و در مورد بقیه ابعاد و همچنین نمره کلی میزان تبعیت اختلاف قابل ملاحظه‌ای بین مقادیر حالت پایه و پس از آن وجود نداشت.

تعداد کمی مطالعه ایرانی وجود دارد که تأثیر مداخلات آموزشی بر میزان تبعیت از درمان در جمعیت بیماران پرفشار خون را مورد بررسی قرار داده است. سایر مطالعات

که مداخلات آموزشی می‌توانند به طور مؤثری سبب افزایش تبعیت از درمان‌های مرتبط با تغییر سبک زندگی شود. در این مطالعه متاآنالیز فقط تبعیت از تغییرات سبک زندگی بررسی شده است. از طرفی اغلب مطالعات مربوط به کشورهای آسیای شرقی، آمریکا و اروپا است که دارای فرهنگی متفاوت با ایران هستند؛ بنابراین نمی‌توان نتایج را به طور کامل به جمعیت ایرانی تعمیم داد (۳۰).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دوره زمانی کوتاه آن (که مانع از امکان پیگیری بیماران می‌شد)، عدم بررسی پیامد تغییر میزان فشارخون پس از اتمام مطالعه، عدم بررسی هزینه اثربخشی مداخله و عدم مقایسه آن با مراقبت‌های معمول اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتیجه این مطالعه نشان داد که مداخلات آموزشی خود مراقبتی در گروه مداخله سبب افزایش میزان اهتمام در درمان، تعهد به درمان، تبعیت از درمان و ارتقا مؤلفه‌های درون مایه آن نسبت به گروه کنترل شد؛ لذا با توجه به حجم نمونه کم و مدت مطالعه کوتاه، پیشنهاد می‌گردد تا در آینده مطالعاتی مشابه با حجم نمونه بالاتر، مدت زمان پیگیری طولانی‌تر، دفعات پیگیری بیشتر و با بررسی هزینه اثربخشی مداخلات طراحی و انجام شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1399.070 است. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. نویسندگان مقاله از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابت تأمین بودجه، همکاری

تفاوت معنی‌داری دارد. در مطالعه فخری و همکاران (۱۳۹۶) هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر تأثیرات مثبت مداخله آموزشی بر خود مراقبتی در گروه کنترل نیز دیده شد (۲۱). علی‌رغم تفاوت در روش انجام مداخله و روش سنجش میزان تبعیت از درمان در مطالعه حاضر با مطالعات پیشین، نتایج مشابهی از لحاظ اثرگذاری مداخلات آموزشی بر تبعیت از درمان در بیماران پرفشارخون شد. مداخله آموزشی در مطالعه بقایی و همکاران به صورت سخنرانی، توزیع بسته آموزشی و بحث گروهی بود (۲۸)؛ اما در مطالعه حاضر مداخله به صورت کلاس‌های آموزشی و بسته‌های آموزشی حین ترخیص انجام شده است. در مطالعه بقایی و همکاران از پرسش‌نامه‌ای که در سه حیطه پیگیری رژیم دارویی، رژیم غذایی و ملاقات‌های پزشکی بیمار را می‌سنجد، استفاده شده است. این ابزار بر اساس ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی جمعیت آفریقایی-آمریکایی طراحی شده است (۲۸)؛ بنابراین تعمیم نتایج آن به جمعیت‌های دیگر از جمله جمعیت ایرانی باید با احتیاط انجام شود. در مطالعه حاضر از پرسشنامه‌ای که متناسب با درک و فرهنگ جامعه ایرانی است، استفاده شد.

علی‌رغم تفاوت در میانگین سنی بیماران شرکت‌کننده در سایر مطالعات با مطالعه حاضر نتایج مشابهی به دست آمد. در مطالعه فخری و همکاران (۲۱) میانگین سنی جمعیت بیماران بالاتر است، چرا که مطالعات ایرانی نشان داده‌اند که افراد مسن‌تر میزان تبعیت بالاتری از درمان‌های ضد فشارخون و دانش بهتری نسبت به شرایط بیماری خود در مقایسه با افراد جوان‌تر دارند (۲۹). نیازسنجی و توجه به جنبه‌های روان‌شناختی و طراحی مداخله بر اساس آن‌که در برخی مطالعات قبلی انجام شده، می‌تواند تبعیت از درمان را افزایش دهد (۲۴). در مطالعه متاآنالیز اخیر که توسط تام و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد، یازده مطالعه کارآزمایی بالینی مورد تجزیه قرار گرفت. نتیجه این مطالعه نشان داد

مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کارکنان
 محترم درمانگاه امام محمد غزالی سنندج و تمامی بیماران
 که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند، کمال
 تشکر را دارند.

منابع

1. Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., . . . Gillespie, C. (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *circulation*, 135(10), e146-e603.
2. Malekzadeh MM, Etemadi A, Kamangar F, Khademi H, Golozar A, Islami F, et al. Prevalence, awareness and risk factors of hypertension in a large cohort of Iranian adult population. *Journal of hypertension*. 2013;31(7):1364. [In Persian]
3. Rahman AR, Wang JG, Kwong GM, Morales DD, Sritara P, Sukmawan R. Perception of hypertension management by patients and doctors in Asia: potential to improve blood pressure control. *Asia Pacific family medicine*. 2015 Dec;14(1):1-1.
4. Blacher J, Levy BI, Mourad J-J, Safar ME, Bakris G. From epidemiological transition to modern cardiovascular epidemiology: hypertension in the 21st century. *The Lancet*. 2016;388(10043):530-2.
5. Valenzuela, P. L., Carrera-Bastos, P., Gálvez, B. G., Ruiz-Hurtado, G., Ordovas, J. M., Ruilope, L. M., & Lucia, A. (2021). Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension. *Nature Reviews Cardiology*, 18(4), 251-275.
6. Mehrabian F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Omidi S, Aghebati R. Investigating the status of blood pressure and its related factors in individuals with hypertension visiting urban and rural health centers in Rasht City during 2014. *J Health*. 2017;8(3):328-35. [In Persian]
7. Esteghamati A, Etemad K, Koohpayehzadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Khajeh E, Asgari F, Noshad S, Rafei A, Mousavizadeh M, Neishaboury M. Awareness, treatment and control of pre-hypertension and hypertension among adults in Iran. *Arch Iran Med*. 2016 Jul; 19(7):456-64. [In Persian]
8. Tong X, Chu EK, Fang J, Wall HK, Ayala C. Nonadherence to antihypertensive medication among hypertensive adults in the United States— HealthStyles, 2010. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2016 Sep;18(9):892-900.
9. Bengtsson U, Kasperowski D, Ring L, Kjellgren K. Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 1: Patient and professional perspectives. *Blood pressure*. 2014;23(5):288-95. [In Persian]
10. Heidari M, Fayazi S, Borsi SH, Latifi M, Moradbeigi K, Torghi MT, Nassaji NA. Effect of the 5A model on clinical status indexes of COPD patients. *Rehabilitation Nursing Journal*. 2018 May 1;43(3):158-66.
11. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2001 Sep 1;40(9):1044-51.
12. Baljani E, Rahimi Z, Heidari S, Azimpour A. The effect of self management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2012 Dec 10;20(3):58-68.
13. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, Kaambwa B, Banting M, Bryan S, Little P, Williams B. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2010 Jul 17;376(9736):163-72.
14. Mirzaei Z, Moghimbeigi A, Arabi A. The correlation between social support and management of hypertension in menopausal females at the Farshchian hospital, Hamadan. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2017 Jul 10;25(2):75-83.
15. McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, Jones MI, Jowett S, Little P, Penaloza C, Schwartz C. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. *Jama*. 2014 Aug 27;312(8):799-808.

16. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, Adams MB, Svetkey LP, Reed SD, Li Y, Dolor RJ. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2009 Nov 17;151(10):687-95.
17. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of community health*. 2012 Feb;37(1):15-24.
18. Howren MB, Gonzalez JS. Treatment adherence and illness self-management: introduction to the special issue. *J Behav Med* (8100) 1999:10-910
19. 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 Jun 30;3(1):12-9.
20. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing*. 2019 Mar 1;37(1):46-51.
21. Fakhri A, Morshedi H, Mohammadi Zeidi I. Effectiveness of theory based education on medication adherence in older adults with hypertension. *Jundishapur Sci Med J*. 2017;16(2):161-74. [In Persian]
22. Eghbali T, Salehi S. The Effect of Nursing Intervention Education on Self-care Behaviors in Patients with High Blood Pressure Referred to Healthcare Centers in Kermanshah Province. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2017;4(1):32-7. [In Persian]
23. Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh*. 2018;20(2):179-91.
24. Kafame F, Mohadi F, Norouzi K, Rahgozar M. The Effect of Self-Management Program on the Health Status of Multiple Sclerosis Patients. *J Res Dev Nurs Midw*. 2012; 9 (1) :24-33. [In Persian]
25. Najafi Ghezalje T, Nasr Esfahani M, Sharifian S. Comparing the effect of self-management training by mobile phone-based social network follow-up on blood pressure in people with hypertension. *Cardiovascular Nur J*. 2017;6(1):22-31. [In Persian]
26. Gangi S, Peman N, Mesami BS, Esmaily H. Effect of self-Care training program on Quality of Life and Health literacy in the Patients with Essential Hypertension. *MJMS*. 2018; FEBRUARY-MARCH 2018; 60(6) : 792 - 803. [In Persian]
27. Jalilian N, Tavafian S, Aghamolaei T, Ahmadi S. Educational intervention on the knowledge and attitudes of people with hypertension: A clinical trial. *Quarterly Iran J Health Educ Health Promot*. 2014;1:37-44. [In Persian]
28. Baghaee R, Khaledian N, Didarloo A, Alinezhad V. The effect of an educational intervention on the medication adherence in patients with hypertension: Based on Basnef model. *Nurs Midwifery J* 2016, 14(9): 811-821. [In Persian]
29. Hadi N, Rostami GN. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. 2004. [In Persian]
30. Tam HL, Wong EML, Cheung K. Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients: an integrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2513.