

نقش آموزش خودمراقبتی خانواده‌محور در پیروی از رژیم دارویی بیماران مبتلا به فشار خون بالا

حبيب اله حسینی^۱، ماهرخ کشوری^۲، زهرا گیوپور^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری فشارخون بالا، یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در جهان و عامل بروز بیماری‌های مهمی است که با خودمراقبتی و پیروی از رژیم دارویی تا حد زیادی کنترل می‌شود. با توجه به نقش مشارکت خانواده در خود مراقبتی بیمار این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی خانواده‌محور بر پیروی از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا ترخیص شده از بیمارستان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل انجام شد. چهار جلسه آموزشی مربوط به پیروی از رژیم دارویی با حضور بیمار و عضو فعال خانواده در گروه مداخله در بیمارستان و منزل بیمار انجام شد. میزان پیروی از رژیم دارویی با استفاده از پرسشنامه‌ی موربسی در هر دو گروه قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله سنجیده شد و با آزمون‌های آماری Paired T-test, Independent sample T-test, Chi-square و تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای هم‌تا بودند. قبل از برنامه‌ی آموزشی دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره‌ی پیروی از رژیم دارویی، تفاوت معنی‌داری نداشتند. ولی میانگین نمره بلافاصله و دو ماه بعد از اجرای برنامه بین دو گروه به نفع گروه مداخله افزایش یافت و به طور معنی‌داری متفاوت شد ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های این مطالعه، برنامه‌ی آموزش خودمراقبتی با مشارکت خانواده به‌طور معنی‌داری موجب بهبود پیروی از رژیم دارویی در بیماران فشارخون بالا می‌شود و حاکی از نقش خانواده در تسهیل فرایند درمان دارد. بر این اساس پیش‌بینی آموزش‌های خانواده‌محور در برنامه‌های ترخیص بیماران و مراقبت‌های پس از آن تأکید می‌شود.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی؛ خانواده‌محور؛ رژیم دارویی؛ فشارخون بالا

ارجاع: حسینی حبيب اله، کشوری ماهرخ، گیوپور زهرا. نقش آموزش خودمراقبتی خانواده‌محور در پیروی از رژیم دارویی بیماران مبتلا به فشار خون بالا. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۲۶): ۱۰۲۰-۱۰۲۶.

مقدمه

امروزه فشارخون بالا، یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در جهان و زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته‌های مغزی و بیماری‌های کلیوی است. بر اساس مطالعات انجام شده، تخمین زده شده است که حدود یک میلیارد نفر در دنیا به فشارخون بالا مبتلا هستند و پیش‌بینی می‌شود این میزان به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد و شیوع آن در کشورهای در حال توسعه نیز در حال افزایش است (۱). تحقیقات نشان می‌دهد،

سالانه در حدود ۹ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری و عوارض ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند (۲). این بیماری و عوارض آن قابل کنترل بوده و با تنظیم فشارخون، عوارض ناشی از این بیماری به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۳). یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی نموده و عوارض منفی و شدت بیماری را کنترل می‌کند، پیروی بیماران از رژیم دارویی می‌باشد (۴). پیروی از رژیم‌های دارویی برای کنترل فشارخون بالا ضروری است و

- ۱- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش پرستاری بهداشت جامعه، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- نویسنده مسؤو:** حبيب اله حسینی؛ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: h_hoseini@nm.mui.ac.ir

خانواده در برنامه‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا، این مطالعه به منظور تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی خانواده‌محور بر پیروی از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی روی ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون بالا که از سه بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان‌های عیسی بن مریم، فیض و خورشید) ترخیص شده بودند، انجام شد. با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، تعداد نمونه برای هر گروه حدود ۳۰ نفر برآورد شد.

$$N = \frac{(z_1 + z_2)^2 (2s^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.8)^2 (2s^2)}{0.49^2} = 30$$

پژوه شگر پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان با مراجعه به پرونده‌های بایگانی شده، فهرست بیمارانی را که با تشخیص فشارخون بالا طی ۶ ماه گذشته ترخیص شده بودند تهیه کرده و در تماس تلفنی برای شرکت در جلسه توجیهی به همراه عضو مراقبت کننده فعال خانواده خود دعوت شد. در این جلسه که در آمفی‌تئاتر بیمارستان‌ها برگزار شد، پس از توضیح در مورد اهداف و شیوه مطالعه، از بین داوطلبان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه افراد واجد شرایط انتخاب شدند. معیار ورود به این پژوهش وجود تشخیص قطعی فشارخون بالا توسط پزشک متخصص، داشتن وضعیت پایدار فیزیولوژیک جهت پاسخ دادن به سؤالات، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری روحی و روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل و عدم دریافت برنامه‌ی بازدید منزل در گذشته بود. همچنین فرد فعال خانواده بایستی توانایی برقراری ارتباط با محقق را داشته و خواندن و نوشتن زبان فارسی را می‌دانست. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: مرگ بیمار در طی مطالعه، ابتلا به بیماری حاد یا بستری مجدد در بیمارستان در طی مطالعه، نقل مکان کردن بدون اطلاع پژوهشگر در طی مطالعه، عدم تمایل به ادامه همکاری، احساس ناامنی پژوهشگر برای حضور در منزل بیمار. شرکت‌کنندگان بعد از توجیه در مورد اهداف و روش مطالعه، فرم کتبی رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند و به صورت تصادفی بر اساس پرتاب سکه به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و موربسی بود که هر دو گروه به آنها پاسخ دادند. پرسشنامه دموگرافیک حاوی سؤالاتی در مورد متغیرهای زمینه‌ای از جمله سن بیمار، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد و مدت زمان ابتلا به فشارخون بالا نوع بیمه و سن

نقطه‌ی کلیدی در درمان این بیماران محسوب می‌شود و پیروی ضعیف از رژیم دارویی یکی از دلایل اصلی شکست در دستیابی به اهداف درمانی آنها است زیرا باعث عواقب وخیمی نظیر عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده و نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهد شد (۵-۷). بیشتر بیماران مبتلا به فشارخون بالا در ایالت متحده آمریکا، پذیرای رژیم‌های دارویی نبوده و در مقابل آن مقاومت نشان می‌دهند. به گونه‌ای که از یک جامعه تصادفی از این بیماران، تقریباً یک‌سوم در طول یکسال اول، برنامه‌ی دارویی را رها می‌کنند. از افراد باقیمانده نیز یک‌دوم اشتباهاتی را در مصرف قرص‌های فشارخون بالا داشتند و به طور کامل از رژیم دارویی تجویز شده پیروی نکردند (۸).

امروزه به دلیل هزینه‌های سنگین بستری در بیمارستان، بالا بودن احتمال ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی و دوری از محیط خانه و خانواده برای بیمار موجب شده است استقبال بیماران از بستری شدن در بیمارستان کاهش یابد. [۹] مراقبت در منزل به علت حضور بیمار در منزل خود نسبت به درمان‌های بیمارستانی و موسسه‌ای، ارزان‌تر و کم هزینه‌تر بوده و به علت دریافت مراقبت از سوی اعضاء خانواده با رضایتمندی بیشتری همراه است (۹).

امروزه سیاست‌های بهداشتی بر تسریع ترخیص مددجو از بیمارستان‌ها و کاهش مدت اقامت بیمار در موسسه‌های بهداشتی و دریافت مراقبت در سطح جامعه تأکید می‌کنند. از طرفی مراقبت در منزل به دلیل سهولت در دسترسی، کم هزینه بودن، پذیرش بیمار و مشارکت خانواده بیشتر مورد پذیرش می‌باشد (۱۰). لذا لزوم خودمراقبتی در این بیماران به وضوح آشکار می‌شود. مراقبت از خود یا مراقبت بیمارمحور به فرایندی گفته می‌شود که در آن فرد بر اساس بر آموزش‌های دریافته از کارکنان بهداشت و درمان، به صورت خودآگاه، کنترل شده، هدفمند و مداوم از سلامتی خود محافظت می‌نماید (۱۱، ۱۲).

مراقبت خانواده‌محور، بر پایه‌ی حمایت اعضاء خانواده از بیمار و همکاری در روند درمان او همراه با احترام می‌باشد. مطالعه‌ای در مراکز بهداشتی- درمانی خصوصی در آمریکا نشان داد، مداخلات خانواده‌محور در بهبود بیماری و کاهش عوارض در بیماران مبتلا به فشارخون بسیار تأثیرگذار بوده است (۱۳).

همچنین نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد، شرکت خانواده در برنامه‌ی آموزشی در کنترل بیماری فشارخون بالا مؤثر است زیرا آگاهی آنها افزایش یافته و می‌توانند نیازهای بیمار را بهتر درک کرده و از رعایت برنامه‌ی درمانی توسط بیمار حمایت و مراقبت کنند و همچنین می‌دانند چه موقع از راهنمایی‌های پزشک یا پرستار استفاده کنند (۱۴). با توجه به اهمیت مراقبت در منزل و حمایت خانواده در بهبود بیماران و همچنین کم بودن پژوهش‌ها در زمینه مشارکت فعال اعضاء

پیش آگهی، علائم، عوارض، عوامل خطرناک، اثرات نقص و کوتاهی در برنامه‌ی درمان و در جلسه‌ی دوم در مورد روش‌های پیشگیری و کنترل بیماری، انجام رفتارهای خودمراقبتی (از جمله کنترل عوارض و مصرف صحیح دارو) توضیح داده شد. در پایان هر دو جلسه پمفلت‌های آموزشی در زمینه‌ی موضوعات بحث شده در اختیار مددجو و خانواده قرار گرفت. جلسات سوم و چهارم، به منظور کشف مشکلات و موانع موجود در پیروی از رژیم دارویی و ارائه‌ی راه‌حل در منزل مددجویان اجرا شد. این ۲ جلسه به روش حل مسئله برگزار گردید و در آن مراحل مشکل‌گشایی شامل تشخیص مشکل، مشخص نمودن اهداف، ارائه‌ی راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه حل و بحث و بررسی در مورد چگونگی اجرای بهترین راه‌حل، در جهت رسیدن به هدف، با توجه به توان و امکانات موجود توسط بیمار و اعضای خانواده مطرح شده و مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. موضوع جلسه سوم، پیروی از رژیم دارویی بود و جلسه چهارم، مرحله‌ی مشارکت آموزشی بیمار بود که بازم در منزل بیمار برگزار شد و به گونه‌ای طراحی شد که بیمار به عنوان یک رابط بهداشتی نقش آموزش به عضو فعال خانواده‌ی خود را به عهده بگیرد و مطالب فرا گرفته را بصورت مختصر به اعضای خانواده خود آموزش دهد. حین و پس از آموزش، اشکالات و نواقص موجود در اطلاعات بیمار توسط پژوهشگر و عضو فعال خانواده به او گوشزد می‌شد.

در پایان مداخله و دو ماه پس از پایان مداخله، پرسشنامه‌ی موربسیکی مجدداً توسط دو گروه مداخله و کنترل در منازل آنها تکمیل گردید. پس از تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها، داده‌ها با آزمون‌های آماری Paired T-Independent sample T-test، Chi-square، test و تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل شد. کلیه ملاحظات اخلاقی (IR.MUI.RESEARCH.REC.1396.874) در این مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین سنی بیماران در گروه مداخله $9/27 \pm 62/53$ سال و در گروه کنترل $9/4 \pm 62/83$ سال و میانگین سن عضو فعال خانواده در گروه مداخله $4/12 \pm 41/97$ سال و در گروه کنترل $2/12 \pm 41/06$ سال بود و دو گروه از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین دو گروه از نظر توزیع فراوانی جنسیت، شغل، تحصیلات و مدت زمان ابتلا به فشارخون بالا تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

قبل از اجرای برنامه‌ی آموزشی، دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره‌ی پیروی از رژیم دارویی، تفاوت معنی‌داری نداشتند ولی

عضو فعال خانواده بود. برای ارزیابی میزان پیروی افراد از رژیم دارویی، پرسشنامه موربسیکی استفاده شد. این پرسشنامه به منظور سهولت در شناسایی موانع و رفتارهای مرتبط به پیروی از رژیم دارویی در فشارخون بالا طراحی شد. این مقیاس به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل می‌گردد و دارای ۸ سؤال است و به گونه‌ای طراحی شده که از سوگیری بلیه گفتن جلوگیری کند مثلاً سؤال پنجم پاسخ معکوس دارد. سؤالات ۱ تا ۷، پاسخ‌های بلیه/خیر دارند (بلیه، نمره‌ی یک و خیر، نمره‌ی صفر) و سؤال ۸ بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شد (۴-۰) به طوری که گزینه‌های ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر به ترتیب نمرات صفر و ۰/۲۵ و ۰/۵۰ و ۰/۷۵ و ۱ می‌گیرند. طیف نمره‌ی کلی پرسشنامه ۸-۰ است. نمره‌ی کلی کمتر از ۶ نشان‌دهنده‌ی پیروی ضعیف و ۶ تا ۷/۷۵ پیروی متوسط و ۸ پیروی بالا را نشان می‌دهد.

Moharamzad و همکاران (۲۰۱۵) روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه را در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بررسی و تایید کردند. این محققین برای بررسی پایایی با انجام پیش‌آزمون-پس‌آزمون، تکرارپذیری خوب ($P < 0/01$, $r = 0/940$) را نشان دادند و برای تأیید روایی این پرسشنامه، همبستگی درونی را با ضریب آلفای کرونباخ $0/697$ و رابطه‌ی معنی‌دار بین میزان پیروی دارویی و کنترل فشارخون ($P = 0/016$) را نشان دادند. حساسیت و ویژگی و ارزش پیش‌گویی مثبت و ارزش پیش‌گویی منفی این مقیاس به ترتیب $0/92/8$ ، $0/22/3$ ، $0/52/9$ و $0/76/7$ درصد گزارش گردید (۱۵).

روایی و پایایی نسخه‌ی فرانسوی و مالزیایی این پرسشنامه نیز تأیید شده است (۱۶، ۱۷). در این مطالعه ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $0/72$ تأیید شده است. پس از تکمیل پرسشنامه‌های دموگرافیک توسط همه شرکت‌کنندگان در دو گروه کنترل و مداخله در بیمارستان، گروه کنترل هیچ آموزشی در یافت نکرده و فقط پرسشنامه موربسیکی به آنها تحویل داده شد تا آن را تکمیل نمایند. گروه مداخله پس از دریافت پرسشنامه‌ها و تکمیل آن به همراه عضو فعال خانواده اولین جلسه آموزش را از پژوهشگر دریافت کردند.

گروه مداخله مجموعاً در چهار جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای شرکت داشتند که دو جلسه آن به صورت گروهی در سالن اجتماعات بیمارستان و دو جلسه آن به صورت خصوصی در منزل هر بیمار برگزار گردید. بدین منظور برای جلسات اول و دوم، گروه مداخله به ۵ گروه که هر گروه شامل ۶ بیمار و عضو خانواده‌ی او بود تقسیم شده و در سالن اجتماعات بیمارستان‌های مورد نظر حاضر گردیدند و پژوهشگر به روش‌های سخنرانی، بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ، اطلاعات و آگاهی‌های لازم را به بیمار و عضو فعال خانواده او ارائه داد. در جلسه‌ی اول، در مورد عمل بیماریاری و فرایند آن،

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی عوامل دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

معنی داری	Chi-square	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیرها
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۷۹	۰/۰۶۹	۵۶/۶۰	۱۷	۶۰/۰۰	۱۸	مرد
		۴۳/۴۰	۱۳	۴۰/۰۰	۱۲	زن
		۳۶/۶۰	۱۱	۳۳/۴۰	۱۰	ابتدایی
۰/۴۵	۳/۰۷	۱۰/۰۰	۳	۲۶/۶۰	۸	سیکل
		۳۰/۰۰	۹	۲۳/۴۰	۷	دیپلم
		۱۶/۶۰	۵	۱۰	۳	فوق دیپلم
۰/۸۰۳	۰/۴۴	۶/۶۰	۲	۶/۶۰	۲	لیسانس و بالاتر
		۸۰/۰۰	۲۴	۷۳/۴۰	۲۲	خانه دار و بازنشسته
		۲۰/۰۰	۶	۲۶/۶۰	۸	شاغل
۰/۶۶	۱/۵۷	۱۳/۴۰	۴	۶/۶۰	۲	زیر یک سال
		۱۰/۰۰	۳	۱۶/۶۰	۵	۱ تا ۵ سال
		۵۶/۶۰	۱۷	۵۰/۰۰	۱۵	۵ تا ۱۰ سال
		۲۰/۰۰	۶	۲۶/۶۰	۸	بالای ۱۰ سال

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد میانگین تغییرات نمره پیروی از رژیم دارویی بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت دارد ($P = ۰/۰۰۱$, $F1 = ۳۹/۳۹$). همچنین تغییرات نمره پیروی از رژیم دارویی ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله نیز بین دو گروه تفاوت دارد ($P = ۰/۰۰۱$, $F1 = ۲۰/۴۷$). اندازه‌ی این اثر بلافاصله بعد از مداخله، ۴۰ درصد و دو ماه بعد از مداخله، ۲۶ درصد بوده است (جدول ۴).

بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد از آن میانگین نمره پیروی از رژیم دارویی در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

همچنین نتایج نشان می‌دهد، در گروه مداخله میانگین نمره پیروی از رژیم دارویی بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد به طور معنی داری بیشتر از نمره قبل از مداخله است ($P = ۰/۰۰۱$). این تغییرات در گروه کنترل، جزئی بوده و معنی دار نمی‌باشد (جدول ۳).

جدول ۲. مقایسه‌ی دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین پیروی از رژیم دارویی قبل و بعد از مداخله

معنی داری	Independent sample T-test	میانگین \pm انحراف معیار	گروه‌ها	زمان‌ها
۰/۸۴	۰/۱۹۴	$۳/۰۰ \pm ۲/۱۱$	مداخله	پیروی از رژیم دارویی قبل از مداخله
		$۳/۱۰ \pm ۱/۸۶$	کنترل	
۰/۰۰۱	۳/۳۷	$۴/۲۳ \pm ۱/۰۴$	مداخله	پیروی از رژیم دارویی بلافاصله بعد از مداخله
		$۳/۰۳ \pm ۱/۶۵$	کنترل	
۰/۰۰۱	۳/۰۴	$۴/۱۷ \pm ۱/۱۴$	مداخله	پیروی از رژیم دارویی دو ماه بعد از مداخله
		$۳/۰۰ \pm ۱/۴۸$	کنترل	

جدول ۳. تغییرات میانگین نمره پیروی از رژیم دارویی بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه پس از آن نسبت به قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل

معنی داری	Paired T-test	انحراف معیار	تغییرات میانگین	گروه‌ها
۰/۰۰۱	۵/۲۸	۱/۲۷	۱/۲۳	تغییرات میانگین بلافاصله بعد از مداخله در گروه مداخله
۰/۰۰۱	۴/۶۷	۱/۳۶	۱/۱۶	تغییرات میانگین دو ماه بعد از مداخله در گروه مداخله
۰/۷۰۲	۰/۳۸	۰/۹۴	۰/۰۶۷	تغییرات میانگین بلافاصله بعد از مداخله در گروه کنترل
۰/۵۲۲	۰/۶۴	۰/۸۴	۰/۱۰	تغییرات میانگین دو ماه بعد از مداخله در گروه کنترل

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره روی میانگین نمرات پیروی از رژیم دارویی در گروه‌های مداخله و کنترل

پس آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نتیجه آزمون	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
بلافاصله بعد از مداخله	۷۹/۳۵	۱	۷۹/۳۵	۳۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹
دو ماه بعد از مداخله	۴۸/۶۰	۱	۴۸/۶۰	۲۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۹

فشارخون مراجعه کند. نتایج نشان داد، بیش از ۷۵ درصد از بیماران، نظارت خانواده را مفید دانسته و اظهار داشتند که دوست دارند کسی مصرف دارو را به آنها یادآوری کند و ۹۳/۵ درصد از آنها گفتند که نظارت خانواده‌محور را خواهند پذیرفت. بعد از شش ماه مداخله، نسبت بیماران با فشارخون کنترل نشده از ۸۷/۲ در صد به ۴۵/۷ در صد کاهش یافت. لذا محققین نتیجه گرفتند نظارت خارجی توسط اعضای خانواده میزان پیروی از رژیم دارویی و فشارخون بیمار را بهبود می‌بخشد (۱۹). در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده در ایالات متحده آمریکا، به ۱۱۷ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی و یکی از اعضای خانواده او به طور همزمان آموزش داده می‌شد. نتایج نشان داد ۴ و ۸ ماه پس از مداخله‌ی آموزشی، عملکرد خانواده با اعتماد به نفس در مراقبت از خود و همچنین انگیزه‌ی خودکار برای پیروی از رژیم دارویی، رابطه‌ی معنی‌داری داشت (۲۰).

همچنین مطالعه‌ای که به منظور بررسی آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر توانمندسازی خانواده‌محور در دیابت نوع دو انجام گرفت، نشان داد، مشارکت فعالانه‌ی اعضای خانواده در بهبود سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران مؤثر بوده است (۲۱). نتایج اولین کارآزمایی کنترل شده تصادفی برای بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی خانواده‌محور بر درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در لبنان نشان داد در گروه مداخله اعتماد به نفس و خودمراقبتی در این بیماران بهبود یافته و بستری مجدد و حوادث عروقی شدید کاهش یافته است (۲۲). در مطالعه‌ی حاضر، در هر دو گروه مداخله و کنترل میانگین سنی عضو فعال خانواده نسبت به بیمار خیلی پایین‌تر است. از آنجایی که با افزایش سن انسان، قدرت یادگیری و حافظه انسان کاهش پیدا می‌کند (۲۳)، می‌توان گفت عضو فعال خانواده که سن پایین‌تری داشته توانسته اطلاعات را بهتر فراگیرد و بیشتر به یادآور بیورد. با توجه به این که در این مطالعه پیگیری فقط به مدت دو ماه بعد از مداخله انجام شد برای ارزیابی تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی خانواده‌محور لازم است پیگیری طولانی‌تری در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی خانواده‌محور می‌تواند در پیروی از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا مؤثر باشد و آموزش همزمان بیمار و خانواده‌ی او می‌تواند باعث بهبود پیروی از رژیم درمانی گردد؛ در این زمینه توصیه می‌شود پرستاران و پزشکان در

بحث

یافته‌ها نشان داد، میانگین نمره‌ی پیروی از رژیم دارویی قبل از مداخله، در هر دو گروه کنترل و مداخله پایین است. علت احتمالی آن می‌تواند عدم حضور عضو فعال خانواده بوده که سبب شده پیگیری و انجام آموزش‌های لازم در جهت اجرای صحیح پروتکل‌های درمانی مورد غفلت بیماران قرار گیرد. بعد از حضور عضو فعال خانواده در برنامه‌ی آموزش، میانگین نمره‌ی پیروی از رژیم دارویی بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه بعد از آن به طور معنی‌داری بیشتر از نمره‌ی قبل از مداخله است. بنابراین نتایج کنونی نشان می‌دهد که شرکت اعضای خانواده در برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی می‌تواند نقش مؤثری در اجرای صحیح پروتکل‌های دارویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا داشته باشد. عمده‌ی مطالعات انجام شده در مورد تأثیر آموزش‌های خانواده‌محور و مشارکت خانواده در درمان بیماری‌ها در زمینه‌ی دیابت و بیماری‌های قلبی انجام شده است و یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با این مطالعات مقایسه‌شده. همسو با این نتایج، Silva و همکاران بر اساس یک مطالعه، اظهار داشتند که از دیدگاه پرستاران یکی از موانع اجرای برنامه‌ی کمکی به افراد مبتلا به فشارخون، نبود برنامه‌ی آموزشی سیستماتیک برای افراد خانواده است (۱۸).

در مطالعه‌ی مداخله‌ای در ایران، خانواده‌ی بیماران مبتلا به فشارخون بالا طی یک ماه، تقریباً در ۱۰ جلسه مشاوره شرکت کرده و فشارخون بیماران یک ماه قبل از شروع مشاوره، طی مشاوره و همچنین تا دو ماه بعد از مداخله اندازه‌گیری و ثبت گردید. نتایج نشان داد، فشارخون طی مشاوره و بعد از آن به طور معنی‌داری نسبت به قبل از مشاوره کاهش یافته است (۱۴). بنابراین محققان نتیجه گرفتند مشارکت اعضای خانواده بیمار در برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای می‌تواند به بهبود مراقبت‌های بیمار و رعایت رژیم‌های دارویی و غذایی او کمک کند.

در یک مطالعه‌ی ترکیبی شش ماهه در چین، ۱۸۸ بیمار و خانواده‌ی آنها برای بررسی تأثیر نظارت خانواده‌محور بر پیروی دارویی و فشارخون بیمار شرکت کردند. در کارآزمایی مداخله‌ای خانواده‌محور، هر بیمار یکی از افراد خانواده خود را به عنوان ناظر بر درمان انتخاب می‌کرد. این عضو خانواده به طور منظم آموزش دریافت می‌کرد و بر مصرف داروها توسط بیمار نظارت کرده و پیروی دارویی او را ثبت می‌نمود. همچنین به بیمار یادآوری می‌کرد که به موقع برای دریافت خدمات بهداشتی و اندازه‌گیری

سلامت جامعه با کد ۳۹۶۸۷۴ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات اساتید گروه پرستاری سلامت جامعه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر می‌شود.

موقع ترخیص از بیمارستان یا در مطب‌ها، اصول خودمراقبتی را به طور همزمان به مددجو و عضو فعال خانواده او آموزش دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی پرستاری

References

- Kingue S, Ngoe CN, Menanga AP, Jingi AM, Noubiap JIN, Fesuh B, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in urban areas of Cameroon: a nationwide population-based cross-sectional study. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2015; 17(10): 819-24.
- Ahmadi A, Soori H, Mehrabi Y, Etemad K, Khaledifar A. Epidemiological pattern of myocardial infarction and modelling risk factors relevant to in-hospital mortality: the first results from the Iranian Myocardial Infarction Registry. *Kardiol Pol* 2015; 73(6): 451-7.
- Najafi-Ghezeljeh T, Shahidi M, Ghiasvandian S, Haghani H. The effect of self-care educational program on quality of life in patients with hypertension [in Persian]. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 4(1): 40-7.
- Eskås P, Heimark S, Eek MJ, Larstorp A, Fadl EF, Høieggen A. Adherence to medication and drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension. *Blood Press* 2016; 25(4): 199-205.
- Ma C. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Appl Nurs Res* 2016; 31: 94-9.
- Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *J Educ Community Health* 2016; 3(2): 9-15.
- Hamdidouche I, Jullien V, Boutouyrie P, Billaud E, Azizi M, Laurent S. Drug adherence in hypertension: from methodological issues to cardiovascular outcomes. *J Hypertens* 2017; 35(6): 1133-44.
- Chiu CW, Wong FKY. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(11): 1374-82.
- Thomas MJ, Simpson J, Riley R, Grant E. The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: a systematic review. *Physiotherapy* 2010; 96(2): 108-19.
- SHamsaei F, Cheraghi F, Ghaleheiha A. Effects of home psychiatric nursing care in treatment of schizophrenic patients [in Persian]. *J Ilam Univ Med Sci* 2007; 15(2): 32-9.
- Baljani E, Rahimi J, Amanpour E, Salimi S, Parkhashjoo M. Effects of a nursing intervention on improving self-efficacy and reducing cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular diseases [in Persian]. *Hayat* 2011; 17(1): 45-54.
- Taylor SG, Katherine Renpenning M, Renpenning KM. Self-care science, nursing theory and evidence-based practice. New York: Springer Publishing Company; 2011.
- Feldman PH, McDonald MV, Mongoven JM, Peng TR, Gerber LM, Pezzin LE. Home-based blood pressure interventions for blacks. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2(3): 241-8.
- Jafari N, Anooosheh M, Ahmadi F, Namadian M. Effect of family counseling on blood pressure in women suffering from hypertension [in Persian]. *J Adv Med Biomed Res* 2004; 12(47): 23-9.
- Moharamzad Y, Saadat H, Shahraki BN, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H et al. Validation of the Persian version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients. *Glob J Health Sci* 2015; 7(4): 173-93.
- Korb-Savoldelli V, Gillaizeau F, Pouchot J, Lenain E, Postel-Vinay N, Plouin PF et al. Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2012; 14(7): 429-34.
- Al-Qazaz HK, Hassali MA, Shafie AA, Sulaiman SA, Sundram S, Morisky DE. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: translation and validation of the Malaysian version. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 90(2): 216-21.
- Silva RLDT, Barreto MdS, Arruda GOd, Marcon SS. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1): 79-87.
- Huang S, Chen Y, Zhou J, Wang J. Use of family member-based supervision in the management of patients with hypertension in rural China. *Patient Prefer Adherence* 2014; 8: 1035-42.
- Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Higgins M et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15(5): 317-27.
- Ghotbi N, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes [in Persian]. *Advances in Nursing & Midwifery* 2014; 23(83): 35-42.
- Deek H, Chang S, Newton PJ, Noureddine S, Inglis SC, Al Arab G et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: Randomised controlled trial (the FAMILY study). *Int J Nurs Stud* 2017; 75: 101-11.
- Didarloo A, Pourali R, Gharaaghaji R, Rahimi B. Comparing the effect of three health education methods on the knowledge of health volunteers regarding breast self-examination [in Persian]. *Nursing and Midwifery Journal* 2014; 12(2): 109-16.

The Effect of a Family-Centered Self-Care Education Program on Adherence to Medication Regimen in Patients with High Blood Pressure Discharged from the Hospital

Habibollah Hosseini¹, Mahrokh Keshvari², Zahra Guivapour³

Original Article

Abstract

Background: High blood pressure is one of the most important health problems in the world and a cause of major diseases that are largely controlled by self-care and adherence to medication regimen. Considering the role of family participation in patient self-care, this study was conducted to determine the effect of a family-centered self-care education program on adherence to medication regimen in patients with high blood pressure discharged from the hospital.

Methods: This randomized clinical trial study was conducted on two intervention and control groups of 30 people. Four educational sessions related to adherence to medication regimen were conducted with the presence of the patient and an active family member in the intervention group at the hospital and the patient's home. The level of adherence to the medication regimen was measured using the Morisky questionnaire in both groups before, immediately, and two months after the intervention and analyzed with chi-square, independent t-test, dependent t-test, and multivariate analysis of covariance tests.

Findings: The two groups were similar in terms of background variables. Before the educational program, there was no significant difference between the intervention and control groups in the mean medication adherence score. However, the mean score immediately and two months after the program implementation between the two groups increased in favor of the intervention group and was significantly different ($P=0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, the self-care education program with family participation significantly improved adherence to the medication regimen in patients with high blood pressure and indicated the role of the family in facilitating the treatment process. Accordingly, the prediction of family-centered education in patient discharge programs and aftercare is emphasized.

Keywords: Self-care; Family centered; Medication regimen; Hypertension

Citation: Hosseini H, Keshvari M, Guivapour Z. **The Effect of a Family-Centered Self-Care Education Program on Adherence to Medication Regimen in Patients with High Blood Pressure Discharged from the Hospital.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(826): 1020-26.

1- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Department, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Department of Community Health & Gerontological Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc Student, Health Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Habibollah Hosseini, Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Department, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: h_hosseini@nm.mui.ac.ir