

تأثیر برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل 5A بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پرفشار خونی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

فاطمه اصغریان^۱، محمود بخشی^{۲*}، حسین رنجبر^۴، ناهید عاقبتی^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استادیار، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۵. دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از برنامه‌های خودمدیریتی بیمارمحور ممکن است در ایجاد رفتارهای مطلوب و ارتقای سبک زندگی سالمندان مبتلا به هایپرتانسیون موثر باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل 5A بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلا به هایپرتانسیون انجام شد. **روش‌ها:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی دارای گروه کنترل است که روی ۶۰ سالمند مبتلا به هایپرتانسیون مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان ۵۵۰ ارتش شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. سالمندان براساس معیارهای ورود انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) تخصیص یافتند. در گروه مداخله برنامه خودمدیریتی براساس مدل 5A در ۵ مرحله ارزیابی، مشاوره، توافق، کمک و پیگیری در طی مدت دو ماه اجرا شد. در گروه کنترل اقدامات روتین انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های استاندارد رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی SF-36 جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گردید.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سنی سالمندان $66/2 \pm 3/3$ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمره کل خودمراقبتی سالمندان بعد از مداخله، در گروه آزمون $3/7 \pm 6/8$ و در گروه کنترل $5/4 \pm 5/7$ بود که تفاضل میانگین قبل و بعد از مداخله، بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/01$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی سالمندان بعد از مداخله، در گروه آزمون $5/4 \pm 9/9$ و در گروه کنترل $4/2 \pm 75/6$ بود که از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0/001$). بین میانگین نمرات همه ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد سلامت عمومی در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$).

کلید واژه‌ها:

سالمندان، خودمدیریتی، خود مراقبتی، کیفیت زندگی، هایپرتانسیون

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی بر اساس مدل 5A به مدت دو ماه بر میانگین نمره خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. به نظر می‌رسد بکارگیری مدل 5A در سیستم سلامت به عنوان یک مداخله مؤثر، می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت سالمندان مؤثر باشد.

مقدمه

سالمندی جمعیت یکی از بزرگترین موفقیت‌های بشری است که مرهون پیشرفت و رشد تکنولوژی، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. از سوی دیگر افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن ۲۱ بشمار می‌رود (۱).

امروزه حدود ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و تا پایان سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر رسیده است (۱). سرشماری‌های انجام شده در کشور نیز مبین روند رو به رشد جمعیت سالمند در ایران است. جمعیت سالمندی در ایران طی حدود ۴۲ سال از ۵٪ در سال ۱۳۵۵ به ۱۰٪ در سال ۱۳۹۸ رسیده است و مجدداً طی حدود ۲۱ سال، در سال ۱۴۲۰ به ۲۰٪ خواهد رسید؛ این در حالی است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته جهان، دو برابر شدن جمعیت سالمندی در طول بیش از صد سال اتفاق افتاده است و کشور ما از جمله کشورهای واجد بالاترین شیب و شتاب افزایش جمعیت سالمندی در جهان است (۲). بیش از ۸۰٪ سالمندان، دارای حداقل یک بیماری مزمن بوده و نزدیک به نیمی از آنان مبتلا به هیپرتانسیون هستند (۳). شیوع هیپرتانسیون در کشورهای مختلف جهان بین ۱۰ تا ۶۰٪ بوده و در ایران نیز، حدود ۲۰٪ از افراد به این بیماری مبتلا می‌باشند که در جمعیت سالمند این میزان به ۴۰٪ افزایش می‌یابد (۴).

هیپرتانسیون به عنوان یک بیماری مزمن، عملکرد ارگان‌های حیاتی بدن مثل مغز، قلب و کلیه را به خطر انداخته و عدم کنترل آن منجر به ناتوانی، عدم استقلال و اختلال در فعالیت‌های روزمره فرد سالمند شده (۵) و هزینه‌های زیادی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۶). تقریباً ۵۴٪ از سکته‌های مغزی و ۴۷٪ از سکته‌های قلبی به دلیل فشار خون بالا رخ می‌دهد (۷). پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۵ از هر سه نفر یک نفر مبتلا به فشار خون بالا خواهند بود (۸). مدیریت و درمان پرفشاری خون ترکیبی از درمان دارویی، تغییرات سبک زندگی سالم مانند فعالیت بدنی منظم، پرهیز از سوء مصرف الکل و

مواد مخدر، حفظ وزن سالم و رژیم غذایی کم سدیم - و پیروی از درمان است (۹).

تخمین زده شده که بیش از نیمی از بیماران داروهای خود را پس از یک سال از شروع مصرف قطع می‌کنند و مهمترین علت آن عدم تبعیت از درمان می‌باشد که شامل رژیم دارویی و غذایی است (۱۰). مخصوصاً عدم تبعیت از درمان در زمینه مصرف داروهای ضد فشارخون و عدم کنترل فشارخون در افراد مسن شایع بوده (۱۱) و تبعیت از رژیم درمانی به منظور پیشگیری از عوارض ناخواسته ضروری به نظر می‌رسد (۱۲). امروزه با پیشرفت تکنولوژی و ظهور فناوری‌های جدید، درمان‌های دارویی و غیردارویی متعددی برای هیپرتانسیون وجود دارد، اما علی‌رغم سهولت در تشخیص و درمان، کنترل این بیماری هنوز یک چالش محسوب شده و هزینه‌های زیادی را بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند (۱۳، ۱۴). که در صورت عدم کنترل، باعث ایجاد ناتوانی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌گردد (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد کیفیت زندگی در افراد مبتلا به هیپرتانسیون در سطح پایین‌تری نسبت به افراد مشابه سالم قرارداد (۱۶).

یکی از روش‌های مدیریت بیماری توسط خود فرد به کارگیری برنامه خود تدبیری یا خودمدیریتی می‌باشد. خود تدبیری، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علائم، درمان مشکلات جسمی، روحی و روانی، تغییر سبک زندگی و در نهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می‌شود. همچنین این برنامه یک استراتژی اصلاح رفتار است که تأثیر بسیار زیادی در مدیریت بیماری‌های مزمن دارد و به بیمار کمک می‌کند تا بیماری را کنترل کرده و سلامتی‌اش را در حد مطلوب حفظ کند (۱۷). هدف از به کارگیری برنامه خود مدیریتی این است که با مشارکت فعالانه بیماران، تا حد امکان مدیریت بیماری از ارائه دهندگان مراقبت، به خود بیماران منتقل شود. در این روش بیمار نقش فعال داشته و تمامی فعالیت‌های مراقبت و درمان بر

با توجه به اینکه در بررسی متون تأثیر خود مدیریتی سالمندان مبتلا به فشارخون بالا (در یک مرکز تخصصی قلبی) بر مبنای مدل 5A بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بصورت مدون و طبق کلیه مراحل مدل گلاسکو انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل A5 بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به هیپرتانسیون مراجعه کننده به یک کلینیک تخصصی قلب طراحی و اجرا شده است.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دارای گروه کنترل است که بر روی سالمندان مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان ارتش شهر مشهد در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد. معیارهای ورود بیماران شامل: سالمندان ۶۰ سال و بالاتر، بیماران مبتلا به پرفشاری خون تشخیص داده شده توسط پزشک در محدوده ۶۰ تا ۷۴ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم اختلال شناختی (آلزایمر، دمانس) (زوال عقل)، دلیریوم (گیجی شدید) و یا اختلالات سایکوتیک با توجه به تایید پزشک در پرونده بهداشتی مرکز بهداشت، فاقد مشکلاتی که ارتباط را دشوار و یا ناممکن می کنند (اختلال در تکلم یا مشکل شنوایی اصلاح نشده)، فاقد بیماری های جسمی جدی و حاد (مثل سرماخوردگی، دیابت کنترل نشده، سکته قلبی یا مغزی، عفونت ریوی و ...)، نداشتن افسردگی اساسی تحت درمان، داشتن بینایی به حدی که قادر به دیدن انگشتان دست در فاصله ۶ متر باشد، عدم وجود مشکل در تکلم به حدی که قادر باشد به سوالات پژوهشگر پاسخ دهد، امکان دسترسی و پیگیری از طریق تلفن، توانایی انجام فعالیت های زندگی روزانه با استفاده از ابزار فعالیتهای زندگی روزانه و کسب نمره ۱۲ و بالاتر بود.

معیار خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل واحد پژوهش به ادامه همکاری و شرکت در مطالعه، فوت سالمند، عدم حضور در جلسات آموزشی، مواجهه بحران های شدید روحی و جسمی در حین مطالعه، بستری در بیمارستان در حین مطالعه بود.

بیمار تمرکز دارد و هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری، ارتقای سلامت مبتنی بر توانایی ها و شیوه زندگی فرد و همچنین افزایش کیفیت زندگی است (۱۸).

برای اجرای خودمدیریتی مدل های مختلفی در دسترس است. مدل A5 که به مدل تغییر رفتار معروف است یکی از این مدل های کاربردی در رشته پرستاری می باشد که با رویکردی مبتنی بر شواهد طرح ریزی شده است و برای ایجاد رفتارهای مطلوب و شرایط سلامتی مختلف مناسب می باشد. از طرفی از میان مدل ها و برنامه هایی که می توان در زمینه خودمدیریتی استفاده کرد، مدل A5 است، رویکردی مبتنی بر شواهد که برای اصلاح رفتار و تأمین سلامتی مناسب می باشد (۱۹).

این مدل شامل ۵ مرحله ارزیابی، مشاوره، توافق، کمک و پیگیری است که توسط مراقبان بهداشتی در موارد متعدد از جمله مشاوره های تغییر رفتار در بیماران تحت بای پس عروق کرونر، COPD، ترک سیگار و کاهش وزن مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰). همچنین این مدل جهت ارتقا کیفیت زندگی سالمندان با سندرم کرونری حاد (۲۱) و افزایش خودکارآمدی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون (۲۲) و ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در مطالعات مختلف استفاده شده است. مرادی و همکاران نشان دادند که استفاده از مدل 5A در سالمندان مرد باعث بهبود خودکارآمدی فرد در زمینه تغذیه و فعالیت می شود اما در خودکارآمدی سالمندان در زمینه مصرف دارو تغییری ایجاد نشد (۲۳). نقطه قوت این مدل در مقایسه با مدل یا تئوری های قبلی، نیاز درک شده با محوریت فرد است که با توافق و رضایت متقابل بر پایه مراقبتهای اولیه شکل میگیرد. این مدل با دور شدن از روش خطی و حرکت به سمت روش دایره ای با پیچیدگیهای تغییر رفتار هم تراز شده و موجب تقویت انگیزه بیماران می شود. (۲۴) مدل A5 توسط کارگروه اقدامات پیشگیرانه ایالت متحده توصیه و تایید شده است و اجرای آن کم هزینه بوده و با کاهش مراجعات مکرر بیماران به مراکز درمانی موجب کاهش هزینه های درمان می گردد (۲۵).

کم/هرگز نمره ۴ تعلق می گیرد. نمره کل خودمراقبتی حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ می باشد (۲۶). روایی پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون توسط قانعی قشلاق و همکاران با استفاده از روش Forward & Backward پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی و سپس مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شده و در نهایت یک نفر به عنوان هماهنگ کننده با کنار هم قرار دادن ترجمه های فارسی و انگلیسی نسخه فارسی نهایی را تهیه کرد و برای طراح اصلی ارسال گردیده و نزدیکترین ترجمه به متن پرسشنامه اصلی انتخاب گردیده است. جهت تعیین روایی این پرسشنامه از طریق صوری و محتوا استفاده شده است. روایی صوری و محتوا به صورت کیفی (نه کمی) گزارش شده است. ده نفر از بیماران مبتلا به فشار خون بالا به صورت در دسترس انتخاب و از آنها درخواست شده است تا نظرات خود را در خصوص تناسب، مشکل، ارتباط و ابهام در سوالات ابزار گزارش دهند. این پرسشنامه برای ده نفر متخصص واجد شرایط (۷ دکتری پرستاری و ۳ متخصص قلب) داده شده است و سپس نظرات اصلاحی آنها در پرسشنامه اعمال گردیده است (۲۷). پایایی پرسشنامه در مطالعه قانعی قشلاق و همکاران، بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون توزیع شده به فاصله سه روز اجرا و با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و مک دونالد امگا پایایی محاسبه شده است (۲۷). جهت بررسی پایایی پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در جامعه مورد مطالعه از روش سازگاری درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 یک پرسشنامه استاندارد بین المللی ۳۶ سؤالی، دربردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم است که شامل محدودیت فعالیت، مشکلات سلامتی، انرژی و نشاط، فعالیت های اجتماعی، درد و سلامت عمومی هستند. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است که ۸ حیطه مختلف سلامت شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی،

بیماران منتخب به طور تصادفی (از طریق تولید توالی تصادفی با نرم افزار SPSS) در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. براساس نتایج مطالعات متعددی حجم نمونه محاسبه شد (۲۰، ۲۱) که حداکثر حجم نمونه ۱۱ نفر به دست آمد. به منظور محاسبه حجم دقیق تر نمونه در مطالعه حاضر، از نتایج مطالعه ای مقدماتی (پایلوت) بر روی ۱۰ نفر از افراد واحد پژوهش در هر گروه نیز استفاده شد و با استفاده از فرمول مقایسه ای میانگین ها، حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۹٪ و توان آزمون ۸۰٪ و حجم نمونه ی انتهایی براساس نمونه پیلوت ۶۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times [(S_1^2 + S_2^2)]}{(X_1 - X_2)^2}$$

در مرحله آماده سازی: محتوای برنامه خودمدیریتی براساس مدل خودمدیریتی A۵ بر طبق مدل گلاسکو و همکاری سایر اساتید مشاور و راهنما در زمینه مدیریت فشار خون جدیدترین گایدلاین های کنترل فشار خون سازمان جهانی بهداشت تهیه شد. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسشنامه ی مشخصات فردی، فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 می باشد که به ویژگی ها و روش سنجش پایایی و روایی هر کدام به صورت مختصر اشاره شده است.

پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون که ابزار HTN-SCP در سال ۲۰۱۴ توسط Han و همکاران طراحی روی آمریکایی های کره ای تبار آزمون شده است. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که روی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون از قبیل رژیم غذایی کم چربی و کم نمک، محدودیت مصرف الکل، عدم استعمال سیگار، خودپایشی فشارخون، کنترل وزن، مراجعه مکرر به پزشک و کاهش استرس تمرکز می کند (۲۶). پاسخ ها به صورت لیکرت ۴ درجه ای همیشه (نمره ۴)، اغلب (نمره ۳)، گاهی (نمره ۲) تا به ندرت/هرگز (نمره ۱) چیده شده اند. نمره دهی دو سوال ۱۲ و ۱۳ معکوس می باشد به طوری که به گزینه همیشه نمره ۱ و به گزینه خیلی

کنترل فشار خون به روش صحیح می باشد. بدین صورت که پژوهشگر هر روز ساعت ۷/۳۰ صبح الی ۱۴ به به درمانگاه قلب مراجعه نموده و سالمندانی را که واجد شرایط نمونه پژوهش بودند بر اساس چک لیست انتخاب واحد مشتمل انتخاب می کرد. به فاصله چند روز جلسه دوم به صورت مجازی از طریق واتساپ به مدت یک ساعت جهت اجرای مرحله سوم (توافق) به صورت انفرادی با حضور سالمند و یکی از اعضای خانواده برگزار شد. در این جلسه توافق بر اهداف صورت گرفته و برنامه اختصاصی برای هر سالمند تعریف شد و برای هر یک از اهداف رفتاری نیز معیاری بین صفر تا ۱۰ مشخص شد. پس از توافق بر اهداف، برنامه خودمدیریتی اختصاصی و چک لیست مربوط به اقدامات فردی برای آنها ارسال شد. در این جلسه اهمیت یادداشت و گزارش کردن اقدامات و میزان فشار خون به بیمار و همراه وی تاکید شد و توافقتنامه کتبی با بیمار و همراه وی امضا گردید. جلسه سوم به صورت مجازی به فاصله یک هفته بعد از طریق واتساپ و به مدت حداکثر ۲ ساعت، جهت اجرای مرحله چهارم (کمک) بصورت گروه های حداکثر ۷ نفره، با هدف ساده سازی فرایند خود مراقبتی و یادآوری آموزش ها، آموزش هایی مانند گرفتن فشارخون، کنترل نبض، کنترل قندخون و و تاکید بر یادداشت کردن فعالیت ها و گزارش میزان فشار خون و کنترل چک لیست مددجویان بود و از بیماران درخواست شد که این تمرینات را روزانه انجام دهند و عملکرد خود را ثبت کنند. و همچنین با توجه به نیاز بیمار و گزارش میزان فشار خون وی یک جلسه ویزیت رایگان متخصص قلب جهت تعدیل و تنظیم داروها در فواصل آموزش ها برنامه ریزی شد. مرحله پنجم (پیگیری)، پیگیری پس از توافق است که توسط پژوهشگر ابتدا به صورت دوبار در هفته و سپس یکبار در هفته و دوهفته و سه هفته ای و ماهانه تا پایان هفته ۸ بعد از شروع مداخله به صورت تلفنی در جهت ایجاد انگیزه، حمایت و رفع ابهامات انجام شد.

جلسه چهارم به صورت حضوری و به مدت ۱ ساعت در پایان هفته ۸ بصورت گروه های ۷ نفره جهت تکمیل فرم های پست

عملکرد اجتماعی، انرژی و شادابی، سلامت روانی را مورد ارزیابی قرار میدهد. پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی فرم (SF-36) توسط منتظری و همکاران هنجاریابی شده و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸). پایایی این پرسشنامه در مطالعه دهداری و همکاران با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی پیرسون ۷۵٪ بدست آمده است (۲۹). همچنین پایایی این پرسشنامه در مطالعه پرند و همکاران با ضریب همبستگی با روش اعتبار محتوا و روش آزمون مجدد محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۸۲ گزارش گردید (۳۰).

پس از اخذ معرفینامه و کد اخلاق و رایه به فیلد پژوهش ابتدا از بین پرونده های موجود در بایگانی درمانگاه، به صورت در دسترس پرونده سالمندان دارای شرایط ورود به مطالعه انتخاب شد. سپس به روش تصادفی (توسط نرم افزار SPSS) به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم می شوند. در گروه مداخله برنامه خودمدیریتی براساس مدل A اجرا شد. این مدل شامل ۵ مرحله ارزیابی، مشاوره، توافق، کمک و پیگیری است و در طی مدت دو ماه به اجرا گذاشته شد. با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ برای اجرای برنامه خودمدیریتی بر مبنای مدل A، سالمندان به گروه های حداکثر ۷ نفره تقسیم شد. جلسه اول شامل یک جلسه حضوری گروهی به مدت حدود ۲ ساعت است که بصورت گروه های ۷ نفره جهت اجرای مرحله اول و دوم (ارزیابی و مشاوره) برگزار شد که اقدامات مربوط به مرحله ارزیابی شامل معرفی مطالعه، اندازه گیری فشارخون و BMI سالمندان، بررسی دیدگاه و نگرانی های سالمندان درباره هایپر تانسیون، علایم، عوارض و تاثیر آن بر ابعاد سلامتی و کیفیت زندگی و در مرحله مشاوره شامل معرفی بیماری و شیوه های مدیریت آن و تاکید بر فواید تغییر رفتار با تاکید بر ابعاد پرسشنامه رفتار خودمراقبتی هان و آموزش چگونگی

انحراف معیار نمره کل خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه در گروه مداخله $2/7 \pm 6/8$ و در گروه کنترل $5/4 \pm 5/7$ بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P=0/113$). طبق یافته ها، نمره کل خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله $5/5 \pm 4/8$ افزایش و در گروه کنترل $5/2 \pm 1/5$ افزایش داشت. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P=0/012$). در مقایسه درون گروهی در گروه مداخله آزمون تی زوجی نشان داد تفاوت بین مراحل معنی دار است ($P<0/001$). (جدول ۳).

در بررسی کیفیت زندگی پس از اجرای برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل A5، بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه در گروه مداخله $5/4 \pm 9/9$ و در گروه کنترل $4/2 \pm 7/6$ بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P<0/001$). نمره کل کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله $7/7 \pm 1/1$ افزایش و در گروه کنترل $5/6 \pm 0/5$ کاهش داشت. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P<0/001$). همچنین طبق یافته های این پژوهش بعد از مداخله، نمرات همه ی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد سلامت عمومی در دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی دار بود و نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری داشت.

تست و تقدیر و تشکر انجام شد. در گروه کنترل اقدامات روتین شامل جلسات آموزشی چهره به چهره هنگام ویزیت و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی در خصوص مدیریت هایپر تانسیون انجام شد. ابزارهای مورد استفاده برای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 بود که قبل از شروع مطالعه و در پایان مداخله تکمیل شد. آنالیز آماری با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS شد.

نتایج

از مجموع ۸۰ سالمندی که وارد مطالعه شدند، ۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از این میان ۱۰ نفر از گروه مداخله و ۱۰ نفر از گروه کنترل به دلایلی (عدم شرکت در جلسات آموزشی، عدم مراجعه به درمانگاه و...) از مطالعه خارج شدند. نهایتاً ۶۰ سالمند در مطالعه باقی ماندند که شامل ۳۰ نفر در گروه آزمون و ۳۰ نفر در گروه کنترل بود (نمودار ۱). مشخصات دموگرافیک این افراد در جدول شماره ۱ ذکر شده است. یافته های این مطالعه نشان داد همه سالمندان مورد مطالعه دارای سابقه مصرف دارو و سابقه بیماری بودند. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که پس از اجرای برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل A5، بعد از مداخله میانگین و

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک سالمندان مبتلا به فشارخون بالا در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	تعداد=۳۰	تعداد=۳۰	
			جنس (درصد) تعداد
P=۰/۳۴۷ کای اسکوئر	۲۲ (۷۳/۳)	۲۵ (۸۳/۳)	مرد
	۸ (۲۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	زن
P=۰/۴۶۵ تی مستقل	۶۶/۶ ± ۳/۳	۶۶/۰ ± ۲/۳	سن(سال) انحراف معیار ± میانگین
	۱۶۱/۷ ± ۴/۰	۱۶۳/۶ ± ۵/۳	قد (سانتی متر) انحراف معیار ± میانگین
P=۱/۰۰۰ دقیق فیشر	۲۹ (۹۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	وضعیت تاهل (درصد) تعداد
	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	متاهل
			همسر فوت شده
P=۰/۰۹۱ کای اسکوئر	۱۸ (۶۰/۰)	۱۸ (۶۰/۰)	شغل (درصد) تعداد
	۸ (۲۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)	بازنشسته
	۴ (۱۳/۳)	۰ (۰/۰)	شاغل خانه‌دار
P=۰/۵۱۲ دقیق فیشر	۲۲ (۷۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	سطح تحصیلات (درصد) تعداد
	۶ (۲۰/۰)	۱۰ (۳۳/۳)	زیر دیپلم
	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰/۰)	دیپلم دانشگاهی
P=۱/۰۰۰ دقیق فیشر	۲۷ (۹۰/۰)	۲۸ (۹۳/۳)	استعمال دخانیات(درصد) تعداد
	۳ (۱۰/۰)	۲ (۶/۷)	خیر بلی
P=۱/۰۰۰ دقیق فیشر	۱ (۳/۳)	۰ (۰/۰)	وضعیت مسکن(درصد) تعداد
	۲۹ (۹۶/۷)	۳۰ (۱۰۰/۰)	استیجاری شخصی
P=۰/۵۰۳ کای اسکوئر	۱۲ (۴۰/۰)	۸ (۲۶/۷)	ترکیب زندگی(درصد)تعداد
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)	با همسر
	۷ (۲۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	با فرزندان با همسر و فرزندان
P=۰/۷۷۸ من ویتنی	۷/۲ ± ۱/۳	۷/۳ ± ۱/۳	مقدار داروی مصرفی (عدد در روز) انحراف معیار ± میانگین

جدول ۲: توزیع فراوانی سالمندان مورد مطالعه بر حسب سابقه سکته قلبی، سابقه سکته مغزی، سابقه اختلال تیروئید و سابقه بیماری کبدی به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
P=۰/۰۴۳۸ کای اسکوتر			سابقه سکته قلبی
	۱۷ (۵۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	خیر
	۱۳ (۴۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)	بلی
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل
P=۰/۰۴۳۶ کای اسکوتر			سابقه سکته مغزی
	۱۲ (۴۰/۰)	۱۵ (۵۰/۰)	خیر
	۱۸ (۶۰/۰)	۱۵ (۵۰/۰)	بلی
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل
P=۱/۰۰۰ کای اسکوتر			سابقه اختلال تیروئید
	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	خیر
	۱۶ (۵۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)	بلی
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل
P=۰/۵۹۸ کای اسکوتر			سابقه بیماری کبدی
	۱۹ (۶۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	خیر
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	بلی
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

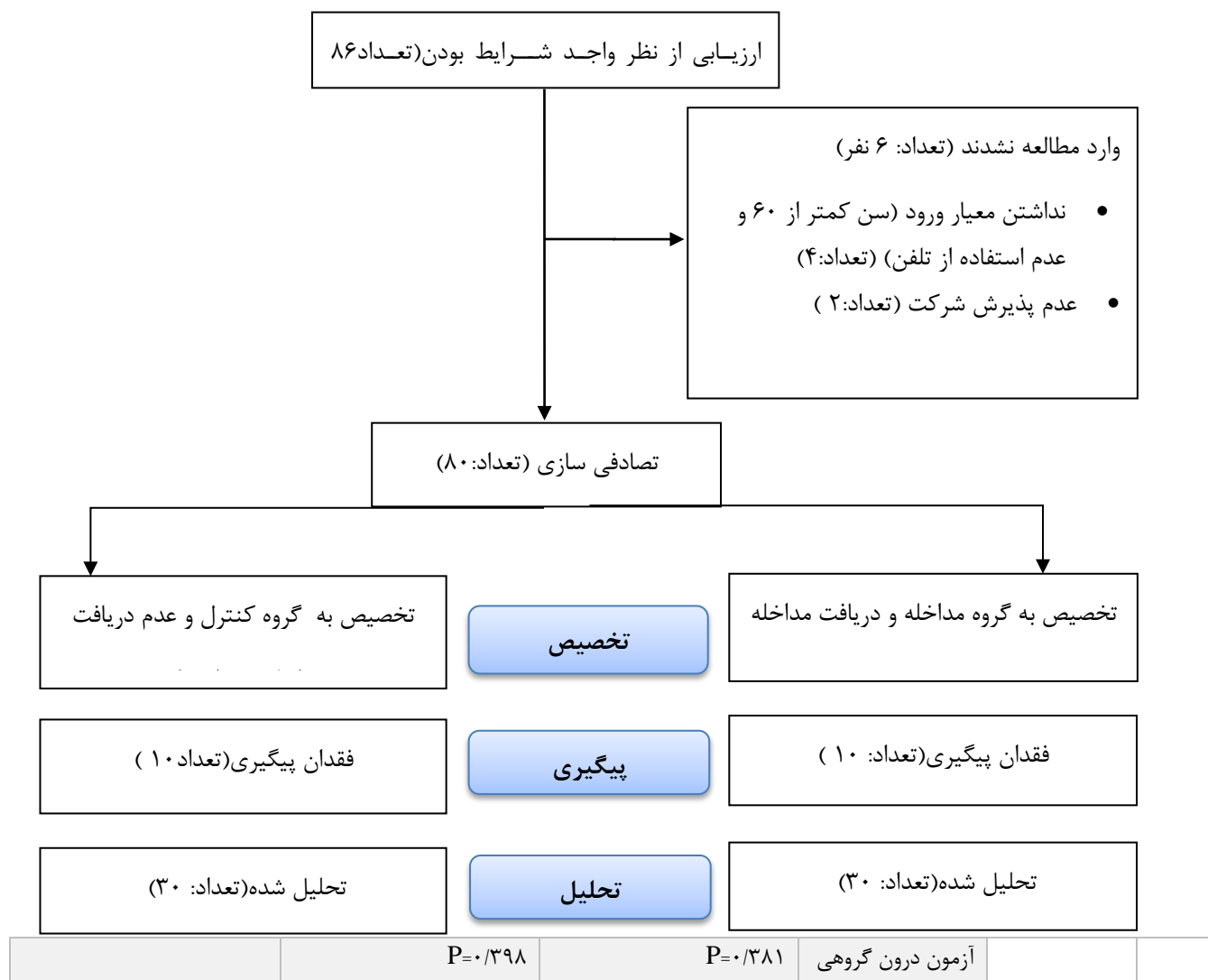
نتیجه آزمون بین گروهی	کنترل (۳۰ نفر)	مداخله (۳۰ نفر)				
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین				
P=۰/۲۰۱	۵۷/۲ ± ۳/۸	۵۶/۰ ± ۴/۷	قبل از مداخله	نمره کل خودمراقبتی سالمندان		
P=۰/۱۱۳	۵۸/۷ ± ۵/۴	۶۰/۸ ± ۳/۷	بعد از مداخله			
P=۰/۰۱۲ تی مستقل	۱/۵ ± ۵/۲	۴/۸ ± ۴/۵	بعد از مداخله در مقایسه با قبل			
P=۰/۱۰۵		P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی			
P=۰/۷۸۲	۲۳/۲ ± ۲/۰	۲۳/۰ ± ۲/۹	قبل از مداخله	نمره حیطة رژیم غذایی	خودمراقبتی	
P=۰/۴۸۴	۲۳/۶ ± ۲/۸	۲۴/۱ ± ۲/۷	بعد از مداخله			

P=۰/۹۸۸	۰/۴ ± ۲/۹	۱/۱ ± ۳/۴	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	فعالیتی خودمراقبتی
	P=۰/۴۲۱	P=۰/۱۴۳	آزمون درون گروهی	
P=۰/۴۴۵	۱۴/۶ ± ۱/۷	۱۴/۲ ± ۱/۸	قبل از مداخله	حیطه رژیم دارویی خودمراقبتی
P=۰/۹۴۶	۱۴/۹ ± ۲/۵	۱۵/۰ ± ۲/۴	بعد از مداخله	
P=۰/۵۱۵	۰/۳ ± ۳/۱	۰/۸ ± ۲/۸	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۶۰۴	P=۰/۱۲۶	آزمون درون گروهی	
P=۰/۳۶۹	۵/۸ ± ۱/۳	۶/۱ ± ۱/۲	قبل از مداخله	حیطه برچسب مواد غذایی خودمراقبتی
P=۰/۰۶۱	۵/۸ ± ۱/۱	۶/۴ ± ۱/۳	بعد از مداخله	
P=۰/۳۴۶ من ویتنی	۰/۱ ± ۱/۶	۰/۳ ± ۱/۵	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۹۷۳	P=۰/۲۶۹	آزمون درون گروهی	
P=۰/۰۴۳	۱۳/۷ ± ۲/۴	۱۲/۷ ± ۲/۰	قبل از مداخله	حیطه مدیریت بیماری خودمراقبتی
P=۰/۱۶۶	۱۴/۴ ± ۱/۸	۱۵/۳ ± ۲/۵	بعد از مداخله	
*P=۰/۰۰۸	۰/۷ ± ۲/۶	۲/۵ ± ۲/۶	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۱۱۷	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	

جدول ۴: مقایسه نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه

نتیجه آزمون بین گروهی	کنترل (۳۰ نفر)	مداخله (۳۰ نفر)		
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
P=۰/۵۷۳	۷۶/۱ ± ۴/۶	۷۵/۸ ± ۵/۲	قبل از مداخله	نمره کل کیفیت زندگی سالمندان ^a
P<۰/۰۰۱	۷۵/۶ ± ۴/۲	۹۰/۹ ± ۵/۴	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	-۰/۵ ± ۵/۶	۱۵/۱ ± ۷/۷	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۶۰۲	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۲۰۰	۲۰/۷ ± ۲/۶	۱۹/۸ ± ۲/۸	قبل از مداخله	نمره بعد عملکرد جسمانی
P<۰/۰۰۱	۱۹/۹ ± ۲/۱	۲۲/۷ ± ۲/۷	بعد از مداخله	
*P<۰/۰۰۱	-۰/۸ ± ۳/۵	۲/۹ ± ۴/۰	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۱۹۷	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۹۰۶	۴/۶ ± ۰/۹	۴/۶ ± ۰/۸	قبل از مداخله	ابعاد کیفیت زندگی

P=۰/۰۰۱	۴/۸ ± ۰/۹	۵/۷ ± ۱/۱	بعد از مداخله	بعد
*P=۰/۰۰۶	۰/۲ ± ۱/۳	۱/۲ ± ۱/۳	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی
	P=۰/۳۷۰	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۴۶۸	۳/۵ ± ۰/۶	۳/۵ ± ۰/۷	قبل از مداخله	بعد
P<۰/۰۰۱	۳/۴ ± ۰/۶	۴/۴ ± ۰/۸	بعد از مداخله	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی
P<۰/۰۰۱ من ویتنی	-۰/۱ ± ۰/۸	۰/۹ ± ۱/۰	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۳۴۶	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۸۰۱	۱۰/۲ ± ۱/۳	۱۰/۱ ± ۱/۵	قبل از مداخله	بعد انرژی و شادابی
P<۰/۰۰۱	۱۰/۱ ± ۱/۵	۱۴/۰ ± ۱/۳	بعد از مداخله	
*P<۰/۰۰۱ تی مستقل	-۰/۱ ± ۲/۱	۳/۹ ± ۲/۴	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۸۸۱	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۵۲۷	۱۲/۴ ± ۱/۷	۱۲/۶ ± ۱/۷	قبل از مداخله	بعد سلامت روانی
*P<۰/۰۰۱	۱۲/۵ ± ۱/۶	۱۶/۴ ± ۲/۱	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	۰/۱ ± ۲/۴	۳/۹ ± ۲/۸	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۸۲۴	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۴۶۲	۵/۱ ± ۱/۰	۴/۹ ± ۱/۰	قبل از مداخله	بعد عملکرد اجتماعی
*P<۰/۰۰۱	۵/۰ ± ۱/۱	۶/۷ ± ۱/۱	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	-۰/۰ ± ۱/۷	۱/۸ ± ۱/۷	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۹۲۳	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۶۴۶	۵/۰ ± ۱/۰	۴/۹ ± ۱/۰	قبل از مداخله	بعد درد بدنی
*P<۰/۰۰۱	۴/۷ ± ۰/۹	۶/۱ ± ۱/۱	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	-۰/۳ ± ۱/۴	۱/۱ ± ۱/۱	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	
	P=۰/۲۷۸	P<۰/۰۰۱	آزمون درون گروهی	
P=۰/۲۹۳	۱۴/۶ ± ۲/۰	۱۵/۴ ± ۳/۰	قبل از مداخله	بعد سلامت عمومی
P=۰/۵۶۸	۱۵/۲ ± ۳/۴	۱۴/۸ ± ۲/۳	بعد از مداخله	
P=۰/۲۱۵	۰/۶ ± ۳/۷	-۰/۶ ± ۳/۷	بعد از مداخله در مقایسه با قبل	

*Independent t-test; ^a SF36; *P < 0.05 (significant)

شکل ۱: نمودار کنسورت

بحث

مفاهیم آموزشی ارائه شده با فرهنگ و ارزش های اجتماعی می تواند باعث افزایش انگیزه در سالمندان دچار پرفشاری خون برای مقابله با بیماری خود شود (۳۲). بنابراین این روش برای آموزش خودمراقبتی کارآمد است. در همین راستا مطالعه اسماعیلی آهنگر کلایی و همکاران با هدف تعیین تأثیر آموزش بر مبنای الگوی ارتقای سلامت بر خود مراقبتی سالمندان مبتلا به فشارخون بالا نشان داد بعد از مداخله میانگین نمره خودمراقبتی در گروه مداخله افزایش یافته است به طوری که اختلاف معنی داری در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش وجود داشت (۳۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد از دلایل این همخوانی تأثیر برنامه آموزش با استفاده از الگو و چارچوب

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد اختلاف معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر نمره کل خود مراقبتی بعد از مداخله وجود داشت. با وجود اینکه مدل A ۵ در مطالعه حاضر در یک بازه زمانی نسبتاً کوتاه استفاده شده است افزایش نمره خودمراقبتی سالمندان از نظر آماری معنی دار بود که نشاندهنده اثرات فوری و چشمگیر آن روی رفتارهای خودمراقبتی است. در عین حال مشکلاتی نیز در این زمینه وجود دارد که می توان آنها را مدیریت و حل کرد (۳۱). از همین رو، برای درک بهتر سالمندان از خودمراقبتی و همچنین به دلیل اینکه استفاده از روش A۵ با توجه به سادگی و کاربرد راحت و متناسب بودن

از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله افزایش و در گروه کنترل کاهش داشت که از نظر آماری معنی دار بود. این کاهش میزان کیفیت زندگی در گروه کنترل می تواند به دلیل افزایش شیوع بیماری کووید-۱۹ و در نتیجه افزایش استرس های روحی و جسمی سالمندان و متعاقباً کاهش کیفیت زندگی آن ها باشد. در همین راستا مطالعه فردآذر و همکاران مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودمدیریتی مدل A۵ بر کیفیت زندگی بیماران پرفشاری خون انجام دادند نتایج این مطالعه نشان داد نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافته است (۳۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. یکی از دلایل احتمالی برای این همخوانی می توان به استفاده از تأثیر مثبت برنامه خودمدیریتی ۵ آ در هر دو مطالعه و در نتیجه مشارکت دادن فعال واحدهای پژوهش در آموزش اشاره نمود. از سوی دیگر مزمن بودن شرایط بیماران تحت مطالعه از ویژگی های دیگر مشترک بین نمونه ها در هر دو مطالعه است با این تفاوت که در مطالعه حاضر جامعه پژوهش سالمندان می باشند. همچنین مطالعه خضری و همکاران با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون، نشان داد با به کارگیری برنامه توانمندسازی سالمندان، میانگین نمره کل کیفیت زندگی ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد (۱۰۵). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت. بنابراین اجرای اصولی برنامه های خودمدیریتی با تأکید بر سالمندان مبتلا به پرفشاری می تواند به بهبود ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بیانجامد؛ در نتیجه، این رویکرد می تواند در برنامه های مراقبتی راهکاری مناسب باشد و کیفیت زندگی را در دوران سالمندی بهبود بخشد. از طرفی نتایج مطالعه تانگ و همکاران که بر روی بیماران قلبی انجام شده است نشان داد بیماران با خودمدیریتی بهتر کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت به این صورت که تانگ با توانمندسازی افراد مبتلا به فشار خون بالا سر و کار داشت و تغییرات قابل

مشخص می باشد به طوری که آموزش دهندگان می توانند با فراهم ساختن یک چارچوب همسان و سازمان دهی شده برای مداخله، در جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی مراجعین اقدام نمایند. همچنین نتایج مطالعه لی و همکاران با عنوان همبستگی رفتارهای خود مراقبتی برای مدیریت فشارخون بالا در میان سالمندان آمریکایی کره ای تبار، همخوانی دارد، نتایج این پژوهش نشان داد سالمندانی که به مدت طولانی تری فشارخون دارند خودکارآمدی بالاتر و نمره خود مراقبتی بالاتری داشته اند. این مطالعه بیان می دارد، خودکارآمدی به عنوان عامل مهمی برای خود مراقبتی در جهت کنترل فشارخون است (۳۴). در مطالعه ای پیرامون اثربخشی آزمایش فعال سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی سالمندان شهر تهران که به سراهای محله مراجعه می کردند، نتایج نشان داد بعد از مداخله میانگین نمره خودمراقبتی در سالمندان گروه مداخله به طور معناداری افزایش یافته بود (۳۵). در مطالعه ای دیگر جهت سنجش تأثیر توانمندسازی خود مراقبتی با استفاده از برنامه پیگیری تلفنی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون، به این نتیجه دست یافتند که برنامه توانمندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی در رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون تأثیر داشته است (۳۶). همچنین مطالعه باقری و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که مداخله آموزشی بر افزایش نمره خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد و میانگین نمره کلی خودمراقبتی در بین سالمندان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله افزایش یافت و این افزایش از نظر آماری معنی دار بود (۳۷). همچنین نتایج مطالعه رزم آرای و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد آموزش به خانواده می تواند اثرات مهمی را در ایجاد رفتارهای خودمراقبتی و بهبود ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت ایجاد نماید (۳۸).

در خصوص بررسی کیفیت زندگی سالمندان یافته های این مطالعه نشان داد، نمره کل کیفیت زندگی سالمندان بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود که از نظر آماری معنی دار بود و همچنین نمره کل کیفیت زندگی بعد

دهد. این افزایش میانگین نمره در همه ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون به جز بعد محدودیت فعالیت به طور چشمگیری دیده می شد که نتایج این مطالعه از نظر بعد عملکرد جسمانی یا همان محدودیت در فعالیت با نتایج مطالعه حاضر مغایرت داشت از دلایل این مغایرت می توان به شرایط جسمانی متفاوت واحدهای پژوهش در هر دو مطالعه اشاره کرد و علاوه بر آن به دلیل همزمانی مطالعه خضری با فصل گرما و ماه رمضان، سالمندان فعالیت فیزیکی کمتری داشتند که در به دست آمدن این نتیجه موثر بوده است. در مطالعه نجفی مهری و همکارانش نیز به جز در ابعاد انرژی و انزوای اجتماعی در دیگر ابعاد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد (۴۲). در مطالعه هاشمی فرد نیز بعد از مداخله بجز در بعد فعالیت اجتماعی در دیگر ابعاد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده کرد (۴۳). همچنین لوس آ یو و همکارانش نیز در مطالعه خود دریافتند که آموزش خودمراقبتی بر بهبودی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تأثیر مثبتی دارد و باعث بهبود کیفیت زندگی آنان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی میشود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۴۴).

هدف از به کارگیری برنامه خود مدیریتی این است که با مشارکت فعالانه بیماران تا حد امکان مدیریت بیماری از ارائه دهندگان مراقبت، به خود بیماران منتقل شود. در برنامه خود مدیریتی، بیمار نقش محوری دارد و همه فعالیت های مراقبت و درمان، بر او متمرکز است. هدف این برنامه دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری، ارتقای سلامت مبتنی بر توانایی ها، شیوه زندگی سالمندان و افزایش کیفیت زندگی آنها است که در مطالعه حاضر این مهم به دست آمده است. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به کم بودن بازه زمانی جهت فالوآپ بیماران و شیوع بیماری کرونا اشاره کرد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل A۵ به مدت هشت هفته بر میانگین نمره خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. به

توجهی در فشار خون دیاستولیک و کلسترول سرم به دنبال یک رژیم غذایی سالم و پایش قند خون پس از ۶ ماه تا ۱۲ ماه نشان داد (۴۰). در پژوهش محمد حیدری و همکاران با عنوان بررسی تأثیر برنامه ی آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان نتایج نشان می دهد آموزش باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان پس از مداخله نسبت به قبل آن هست و نیز اگر سالمندان در مورد شیوه های صحیح تغذیه، خواب، استراحت، ورزش و مصرف داروها اطلاعات درستی داشته باشند، می تواند از بسیاری مشکلات آنان پیشگیری نموده یا در صورت ایجاد آن را به نحو مطلوبی کنترل نموده و در جهت ارتقا کیفیت زندگی آنها گام برداشت (۴۱). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما مطالعه جوانوش و همکاران که با هدف بررسی تأثیر برنامه برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج ه بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام شد، نشان داد که علیرغم استفاده از این روش آموزشی برای مدت مشابه، بر کیفیت زندگی این سالمندان بی تأثیر بوده است که با یافته های حاصل از مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۰۴). احتمالاً عدم همخوانی یافته ها به دلیل ماهیت متفاوت بیماری پرفشاری خون و سندرم حاد کرونری یا کیفیت بالای آموزش روتین بیمارستان و علاقه بیشتر بیماران در هر دو گروه برای یادگیری کامل خودمراقبتی در بیماری سندرم حاد کرونری باشد.

همچنین طبق یافته های این پژوهش بعد از مداخله، نمرات همه ی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد سلامت عمومی در دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی دار بود و نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری داشت. در این راستا نتایج مطالعه خضری و همکاران با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون نشان داد در گروه آزمون نمره کل کیفیت زندگی نزدیک به ۲۰ واحد افزایش نسبت به قبل از مداخله نشان داده است که به طور آشکار تأثیر مثبت آموزش توانمندسازی را بر بهبودی کیفیت زندگی سالمندان نشان می

آگاهانه کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد در صورت عدم تمایل به ادامه مطالعه، در هر زمانی می‌توانند از مطالعه خارج شوند. برای حفظ محرمانگی داده‌ها، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها رعایت شد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: فاطمه اصغریان، محمود بخشی، حسین رنجبر

(۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: فاطمه اصغریان، محمود بخشی، حسین رنجبر، ناهید عاقبتی

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: محمود بخشی، حسین رنجبر

نظر می‌رسد بکارگیری مدل A۵ در سیستم سلامت به عنوان یک مداخله مؤثر، سریع، در دسترس و آسان می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت مددجویان، به ویژه سالمندان مؤثر باشد. از این رو می‌توان با اجرای برنامه‌های خود مدیریتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون گام برداشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت حمایت مالی این تحقیق با کد طرح ۹۹۱۳۶۵ و نیز از کلیه سالمندان و پرسنل درمانگاه قلب بیمارستان ارتش شهر مشهد تشکر می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

طرح پژوهش توسط معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی با کد IR.MUMS.NURSE.REC.1399.068 تصویب شده است و دارای کد کارآزمایی بالینی IRCT20210110049983N1 می‌باشد. همچنین در مطالعه حاضر از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه رضایت‌نامه

References

1. Akbarnajad N, Mohammadi Shahbolaghi F, Khankeh H, Sokhangoiy Y, Biglaryan A, Sedghi N. Effect of Acupressure on knee pain and stiffness intensity in elderly patients with osteoarthritis: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2016;2(2):22-31.
2. Safdari R, Shams Abadi AR, Pahlevany Nejad S. Improve health of the elderly people with M-health and technology. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(3):288-99.
3. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2014;20(1):58-65.
4. Khezeli M. Study on the prevalence of hypertension and its associated factors in the elderly population. *La Revue du praticien*. 2012;62(9):1225-8.
5. Khanal MK, Bhandari P, Dhungana RR, Bhandari P, Rawal LB, Gurung Y, et al. Effectiveness of community-based health education and home support program to reduce blood pressure among patients with uncontrolled hypertension in Nepal: A cluster-randomized trial. *PloS one*. 2021;16(10):e0258406.
6. Monroe A, Pena J, Moore RD, Riekert K, Eakin M, Kripalani S, et al. Randomized controlled trial of a pictorial aid intervention for medication adherence among HIV-positive patients with comorbid diabetes or hypertension. *AIDS care*. 2018;30(2):199-206.
7. Drozd D, Kawecka-Jaszcz K. Cardiovascular changes during chronic hypertensive states. *Pediatric Nephrology*. 2014;29(9):1507-16.
8. M Hasan D, H Emeash A, B Mustafa S, Abdelazim EA, Alaa El-din A. Hypertension in Egypt: a systematic review. *Current hypertension reviews*. 2014;10(3):134-41.
9. Bozorgi A, Hosseini H, Eftekhar H, Majdzadeh R, Yoonessi A, Ramezankhani A, et al. The effect of the mobile "blood pressure management application" on hypertension self-management enhancement: a randomized controlled trial. *Trials*. 2021;22(1):1-10.
10. Berrut G. The medication adherence in the elderly: a collective goal. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 2014;12(2):121-2.
11. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Medical Clinics of North America*. 2009;93(3):753-69.
12. Chernova I, Krishnan N. Resistant hypertension updated guidelines. *Current cardiology reports*. 2019;21(10):1-10.
13. Woolf KJ, Bisognano JD. Nondrug interventions for treatment of hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2011;13(11):829-35.
14. Neminqani DM, El-Shereef EA, Thubiany M. Hypertensive patients: self-care management practices in Al-Taif, KSA. *Int J Sci Res*. 2013;12(4):1705-14.
15. Wong ELY, Xu RH, Cheung AWL. Health-related quality of life among patients with hypertension: population-based survey using EQ-5D-5L in Hong Kong SAR, China. *BMJ open*. 2019;9(9):e032544.
16. Ebadi A, Bakhshian Kelarijani R, Malmir M, Shamsi A, Ghanbari R. Comparison of quality of life in military and non-military men with

- hypertension. *Journal of Military Medicine*. 2011;13(3):189-94.
17. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of community health*. 2012;37(1):15-24.
18. Heidari M, Fayazi S, Borsi H, Moradbeigi K, Akbari Nassaji N. Effect of a self-management program based on 5A model on dyspnea and fatigue severity among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Hayat Journal*. 2015;20(4):89-99.
19. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*. 2006;21(3):245-55.
20. Javanvash Z, Mojdekanloo M, Rastaghi S, Rad M. The effect model-based self-management program 5A on quality of life of elderly patients with acute coronary syndrome Bojnourd Year 1395. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2018;25(1):75-82.
21. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. *Nursing and Midwifery Studies*. 2019;8(1):21-7.
22. Moradi M, Nasiri M, Haji Ahmadi M, gahanshahi m. The effect of self-management program based on 5A model on coping strategies in the elderly men patients with hypertension. *Journal of Geriatric Nursing*. 2017;4(1):32-47.
23. Sturgiss E, Van Weel C. The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? *Canadian Family Physician*. 2017;63(7):506.
24. Lu TC, James KS, Wolfgang L. Effects of Hypertension Education and Motivation Interviewing by Staff on Patients' Activation. 2017.
25. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2009;12(2):51-9.
26. Han H-R, Lee H, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and validation of the hypertension self-care profile :a practical tool to measure hypertension self-care. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2014;29(3):E11.
27. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoe M, Dalvand S, Farajzadeh M, Ebadi A. Psychometric properties of Persian version of Hypertension Self-Care Profile in patients with high blood pressure. *Koomesh*. 2019;21(1):25-32.
28. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 200. 875-82:(3)14;5.
29. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Babaei G. Effect of progressive muscular relaxation training on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*. 2007;17(4):205-11.
30. PARANDEH A, SIRATI NM, Khaghanizadeh M, KARIMI ZA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with major depression disorder. 2007.

31. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. The joint commission journal on quality and safety. 2003;29(11):563-74.
32. Haji Ahmadi M. The effect of self-management program based on 5A model on coping strategies in the elderly men patients with hypertension. Journal of Geriatric Nursing. 2017;4(1):32-47.
33. Esmaeili Ahangarkolaei M, Taghipour A, Vahedian Shahroudi M. Improvement of self-care for the elderly with high blood pressure based on Pender's model: a semi-experimental study. Quarterly Journal of Caspian Health and Aging. 2017;2(2):52-8.
34. Lee J-E, Han H-R, Song H, Kim J, Kim KB, Ryu JP, et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2010;47(4):411-7.
35. Naji Esfahani F, Seirafi M, Kraskian Mujembari A. The Effectiveness of Behavioral Activation Intervention on Increasing Self-Care Behaviors and Life Expectancy in the Elderly. Aging Psychology. 2020;6(2):93-105.
36. Behzad Y, Bastani F, Haghani H. Effect of empowerment program with the telephone follow-up (tele-nursing) on self-efficacy in self-care behaviors in hypertensive older adults. Nursing and Midwifery Journal. 2016;13(11):1004-15.
37. Bagheri M, Bagheri M, Niknami S. The effect of educational intervention on knowledge and self-care of elderly people with type 2 diabetes. J Gerontol. 2019;3(2):21-3.
38. RAZMARA EI S, HEMMATI MM, KHALKHALI HR. the effect of family-centered education on self-care in patients with type 2 diabetes. 2016.
39. Azar FEF, Solhi M, Azadi NA, Ziapour A, Lebni JY, Sharma M, et al. The Effect of Educational Intervention Based on Model 5A Self-Management Theory on Life Quality in Hypertensive Patients. 2019.
40. Tung HH, Lin CY, Chen KY, Chang CJ, Lin YP, Chou CH. Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. Congestive Heart Failure. 2013;19(4):E9-E16.
41. Shahbazi S, Heidari M. Effect of self-care training program on quality of life of elders. Iran Journal of Nursing (IJN). 2012;25(75).
42. Najafi S, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi Y. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. IJCCN. 2008;1(1):35-9.
43. Dehdari T, Hashemifard T, Heidarnia A, Kazemnejad A. The longitudinal effect of health education on health-related quality of life in patients with coronary artery bypass surgery. Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch. 2005;15(1):41-6.
44. Loos-Ayav C, Frimat L, Kessler M, Chanliau J, Durand P-Y, Briançon S. Changes in health-related quality of life in patients of self-care vs. in-center dialysis during the first year. Quality of Life Research. 2008;17(1):1-9.

The effect of self-management program based on 5A model on self-care and quality of life in hypertensive elderly patients: a randomized control trial

Fateme Asgharian¹, Mahmoud Bakhshi^{2,*}, Hossein Ranjbar³, Nahid Aghebati^{4,2}

1. MSc Student in Geriatric Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Torbatahydarieh University of Medical Sciences, Torbatahydarieh, Iran
5. Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding author: Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Background & Aim: The use of patient-centered self-management programs may be effective in creating desirable behaviors and improving the lifestyle of the elderly. Therefore, this study was performed to determine the effect of self-management program based on Model 5A on self-care and quality of life in elderly patients with hypertension.

Methods: This randomized controlled clinical trial study was conducted in 1400 with the participation of 60 elderly patients with hypertension who referred to the cardiac clinic of Mashhad Army Hospital. The elderly were selected based on inclusion criteria and then randomly assigned to intervention and control groups (30 people in each group). In the intervention group, a self-management program based on the 5A model was implemented in 5 stages of Assess, Advice, agree, Assist and Arrange over a period

Keywords:

Elderly, Self-management, Self-care, Quality of life, Hypertension

of two months on the elderly with their caregivers. In the control group, routine care was performed. Data were collected using demographic information form and standard questionnaires of self-care behaviors and quality of life SF-36. Data analysis was done using descriptive and inferential statistics with the help of SPSS version 16 software.

Results: The mean and standard deviation of the age of the elderly was 66.2 ± 3.3 . The mean and standard deviation of the total self-care score of the elderly after the intervention was 60.8 ± 3.7 in the experimental group and 58.7 ± 5.4 in the control group, which the mean difference between the two groups before and after the intervention was statistically significant ($P = 0.01$). Also, the mean and standard deviation of the total quality of life score of the elderly after the intervention was 90.9 ± 5.4 in the experimental group and 75.6 ± 4.2 in the control group, which was statistically significant ($P < 0.001$). There was a significant difference between the mean scores of all dimensions of quality of life except general health in the experimental and control groups ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of the present study showed that the implementation of self-management program based on 5A model is effective on self-care and quality of life of the elderly with hypertension. It seems that using 5A Model in the health system as an effective intervention can be effective in improving the health status of the elderly.

How to Cite this Article: Asgharian F, Bakhshi M, Ranjbar H, Aghebati N. The effect of self-management program based on 5A model on self-care and quality of life in hypertensive elderly patients: a randomized control trial. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;10(1):28-47.

*آدرس نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران