

توان خود مراقبتی افراد مبتلا به پر فشاری خون مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب شهر اردبیل

نویسندگان:

بهناز فرمهینی فراهانی^۱، دکتر محمد فشارکی^۲، قاسم ابوطالبی^۳، نازیلا وثوقی^۴

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری اطفال، کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

۲- دانشیار، دکترای آمار زیستی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

۳- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، مربی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل

۴- کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: بیمارانی که مراقبت از خود را به عهده می گیرند نیازشان برای استفاده از مداخلات دارویی کاهش یافته یا از بین می رود بر همین اساس برنامه مراقبت از خود می تواند نقش بسیار موثری در اداره افراد مبتلا به بیماریهای مزمن از جمله پرفشاری خون داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی افراد مبتلا به پر فشاری خون مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب شهر اردبیل انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در آن ۸۲۰ فرد ۱۸ ساله یا بالاتر مبتلا به پرفشاری خونی که در فاصله زمانی تیر تا شهریور سال ۱۳۸۸ به بیمارستانهای علوی، امام خمینی (ره) و سبلان شهرستان اردبیل مراجعه نموده و واجد شرایط لازم برای ورود به مطالعه بودند به روش سرشماری انتخاب شدند. روش گردآوری داده ها در این پژوهش مصاحبه بود که با استفاده از فرم بررسی فاکتورهای وضعیتی پایه و ابزار توان مراقبت از خود ای.اس.سی.آ که در سال ۱۹۷۹ توسط کرنی و فلیشر طراحی شده است انجام گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد توان خود مراقبتی واحد های پژوهش با میانگین و انحراف معیار $11/14 \pm$ $58/43$ درصد متوسط بود و فاکتور هایی از قبیل جنس، محل سکونت، تاهل، سن، سطح تحصیلات، اشتغال دارای ارتباط معنا داری با توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش بودند ($P < 0/05$)

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد توان خود مراقبتی و سلامتی افراد متأثر از فاکتورهای وضعیتی پایه می باشد.

کلید واژه ها: پرفشاری خون، توان خود مراقبتی، بیمار، اردبیل

مقدمه

پیشرفت و توسعه یک جامعه در تمامی ابعاد آن مستلزم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم است (۱). سازمان بهداشت جهانی سلامتی را به عنوان حالت کامل رفاه جسمی ذهنی اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی تعریف می کند (۲) که تحقق این امر در گرو برنامه های ارتقای سلامتی می باشد. (۳) طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی ۷۵ درصد مرگ و میرها در اروپا در سال ۲۰۱۰ ناشی از بیماریهای مزمن خواهد بود (۴) همزمان با افزایش تعداد افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، سیستمهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی موجود در درازمدت دچار مشکلات عدیده ای در زمینه ارائه خدمات مراقبتی به این افراد گردیده اند. بهمین خاطر بسیاری معتقدند جهت ساماندهی این بیماران، تسهیل کارها و صرفه های اقتصادی مراقبتها می بایست توسط خود افراد صورت گیرد (۵) و زمانی می توان در مدیریت این بیماریها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیتهای مراقبت از خود نقش داشته باشد (۴) مفهوم مراقبت از خود اولین بار در سال ۱۹۵۹ توسط دورتی اورم^۱ مطرح و منتشر شد (۶) اورم مراقبت از خود را فعالیتهایی می داند که شخص برای حفظ یا ارتقاء زندگی، سلامتی، خوب بودن و پیشگیری و درمان بیماری خود انجام می دهد (۷). تئوری اورم متشکل از سه تئوری به هم وابسته شامل: تئوری مراقبت از خود، تئوری

نقص در مراقبت از خود، و تئوری سیستم های پرستاری می باشد. تئوری مراقبت از خود به این موضوع اشاره دارد که افراد توانایی به عهده گرفتن مراقبت از خود را دارند. تئوری نقص مراقبت از خود می گوید افرادی از مراقبت پرستاری سود می برند که در زمینه مراقبت از خود دچار محدودیت شده باشند. تئوری سیستم های پرستاری می گوید پرستاران با انجام مراقبت های پرستاری توانایی های مراقبت از خود را در افراد تنظیم می کنند (۸). ناگاگاوا^۲ (۱۹۹۴) می نویسد بیمارانی که مراقبت از خود را به عهده می گیرند نیازشان برای استفاده از مداخلات دارویی کاهش یافته یا حذف می گردد بر همین اساس برنامه مراقبت از خود در بیماریهای مزمن بسیار موثر است و می تواند نقش موثری در اداره این افراد داشته باشد (۹). پرفشاری خون یک بیماری پیچیده و خاموش است. بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا از بیماری خود آگاه نیستند (۱۰). بدون علامت بودن پرفشاری خون، یکی از عمده ترین موانع تشخیصی، درمانی آن به شمار می رود (۱۱). اپیدمیولوژی پرفشاری خون و بیماریهای مرتبط با آن حسب اولویت های بهداشتی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی در نواحی مختلف جهان متفاوت است (۱۲). کمترین میزان شیوع پرفشاری خون در جوامع روستایی هند با ۳/۴ درصد و بیشترین میزان در زنان شهری لهستان با ۷۲/۵ درصد می باشد (۱۳).

۱- Dorothea orem

۲ -Nakagawa

در حال حاضر میزان شیوع پرفشاری خون در جهان بیش از ۱ میلیارد نفر تخمین زده می شود (۱۴). شیوع پرفشاری خون در کل جامعه ایران ۲۵ درصد و در بالغین ۳۲ درصد می باشد (۱۵). در مطالعات انجام شده میزان شیوع پرفشاری خون در جمعیت تهران ۲۲/۹ درصد، سمنان حدود ۲۴ درصد، اصفهان ۱۸ درصد، یزد ۱۵ درصد و در قزوین ۲۲/۴ درصد گزارش شده است (۱۶ و ۱۷ و ۱۸). آمار دقیقی در خصوص تعداد مبتلایان به پرفشاری خون در شهر اردبیل موجود نیست لیکن در مطالعه انجام شده بر روی ۲۰۰ فرد مبتلا به پرفشاری خون ۴۶/۲ درصد آنها از پرفشاری خون خود آگاهی داشته، ۳۵/۴ درصد دارو مصرف می کردند و میزان کنترل پرفشاری خون ۱۲ درصد بوده است (۱۵). حدود ۶ درصد تمام مرگ و میرها در سراسر جهان بعلت پرفشاری خون می باشد (۱۹). پرفشاری خون همچنین عامل ۹۲ میلیون ناتوانی در سالهای عمر می باشد (۲۰). افزایش سطوح پرفشاری خون همیشه با خطر بیماریهای قلبی، عروقی و سکتة مغزی همراه می باشد بطوریکه علت دو سوم حوادث عروقی مغز و یک سوم بیماریهای ایسکمیک قلب به پرفشاری خون نسبت داده می شود (۲۱). مطالعات نشان می دهد علیرغم روشهای تشخیصی و درمانی آسان پرفشاری خون، این بیماری بعلت کنترل و درمان ضعیف همچنان به عنوان بعنوان یک مشکل جهانی مطرح می باشد (۲۲). ارزش کلی درمانهای ضدپرفشاری

خون در جهان بالغ بر ۵۰ میلیارد دلار در سال می باشد (۱۲) هدف از درمان پرفشاری خون این نیست که فرد به وضعیت سلامتی قبلی خود برگشته یا کاملاً درمان گردد بلکه هدف ایجاد فرصتی برای برقراری زندگی متعادل توسط تامین همکاری افراد و تطابق آنها با برنامه درمانی و بیماریشان می باشد (۶). گسترش بیماریهای مزمن از جمله پرفشاری خون باعث شده تا نظریات جهانی در مورد بهداشت دستخوش تغییرات چشمگیر گردد. نظریات جدید، بهداشت را قسمتی از زندگی روزمره افراد توصیف می کنند و تمرکز آنها از درمان بیماریها برداشته شده است. دیگر زمان آن گذشته است که پرستار یا سایر پرسنل تیم بهداشتی مراقبت کننده محض و فرد، خانواده و جامعه صرفاً دریافت کننده مراقبتها باشند (۲۳). به نظر می رسد با توجه به دورنمای در حال تغییر بهداشت بکارگیری رویکردهای جدید مراقبتی از جمله تئوری اورم می تواند نقشی اساسی در مدیریت بیماریهای مزمن از جمله پرفشاری خون داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی و فاکتورهای مرتبط با آن در افراد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب شهر اردبیل انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در آن توان خود مراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب

شهر اردبیل مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد ۱۸ سال و بالاتر مبتلا به پرفشاری خون بود که در فاصله زمانی ۲۰ تیر الی ۲۰ شهریور سال ۱۳۸۸ در بخشهای بیمارستانهای امام خمینی، علوی و سبلان شهر اردبیل بستری یا در اورژانس تحت نظر قرار گرفته بودند. تعداد نمونه ها ۸۲۰ نفر بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، تأیید پرفشاری خون نمونه ها توسط پزشک، سن نمونه ها ۱۸ سال یا بالاتر، هوشیاری به زمان، مکان و شخص، دارای درجاتی از توان مراقبت از خود و نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت از بروز پرفشاری خون بر اثر حاملگی، استرس و دارو و یا عدم همکاری فرد در هر یک از مراحل پژوهش بود (۲۱ و ۲۶). ابزار این پژوهش شامل یک فرم پرسشنامه دوقسمتی بود. قسمت اول شامل ۲۹ سوال بود که به بررسی فاکتورهای وضعیتی پایه بعنوان فاکتورهای مستقل تأثیر گذار بر روی توان خودمراقبتی می پرداخت. در قسمت دوم از پرسشنامه تمرین توان مراقبت از خود " ای.اس.سی.آ " استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط کرنی^۲ و فلیشر^۳ طراحی شده است و شامل ۴۳ آیتم است که هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرت دارای

درجه بندی ۴-۰ می باشد. بالاترین نمره ممکن قابل کسب در این ابزار ۱۷۲ میباشد که نشانگر بالاترین درجه توان مراقبت از خود می باشد این ابزار قبلاً نیز توسط آکیول^۴ برای تعیین توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در کشور ترکیه استفاده شده بود و روائی و پایایی آن در سالهای ۱۹۹۳ و ۲۰۰۴ توسط ناهسیوان^۵ برای استفاده در جامعه ترکیه تأیید شده بود. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. اعتماد علمی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد استفاده با ضریب همبستگی ۰/۸۴ تأیید گردید. همسانی درونی پرسشنامه نیز با آلفای کرونباخ ۰/۷۴ مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش جهت تعیین سطح توان خود مراقبتی واحد های پژوهش نمرات خام بدست آمده از پرسشنامه، ابتدا بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید. سپس حسب نمرات بدست آمده، توان خودمراقبتی واحدهای مورد پژوهش به سه سطح خوب (نمرات ۱۰۰ - ۷۶)، متوسط (۷۵ - ۵۱) و ضعیف (≥ 50) تقسیم بندی گردید. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

جدول شماره ۱ نشان دهنده فاکتورهای وضعیتی پایه افراد مبتلا به پرفشاری خون است. بیشترین در صد واحدهای پژوهش (۲۵/۶٪) در محدوده سنی ۵۹-۵۰ سال، ۶۶ درصد مونث،

۴- Akyol

۵- Nahcivan

۱- Exercise of self-care agency

۲- Kearny

۳- Fleischer

۷۴ درصد ساکن شهر، ۶۸ درصد متاهل،
 ۶۸ درصد بیسواد و ۲/۹ درصد دارای تحصیلات
 دانشگاهی، ۵۳/۵ درصد بیکار، ۴۴/۸ درصد در

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی فاکتورهای وضعیتی پایه واحدهای مورد پژوهش

درصد	تعداد		درصد	تعداد	
		وضعیت تاهل			جنس
۶۸	۵۵۸	متاهل	۳۴	۲۸۱	مذکر
۳۲	۲۶۲	مجرد	۶۶	۵۳۹	مونث
		محل سکونت			گروه سنی (سال)
۷۴	۶۱۶	شهر	۶/۳	۵۲	۴۰ <
۲۶	۲۱۴	روستا	۱۲/۴	۱۰۲	۴۰-۴۹
		شغل	۲۵/۶	۲۱۰	۵۰-۵۹
۵۳/۵	۵۷۸	بیکار	۲۵/۳	۲۰۷	۶۰-۶۹
۱۰/۴	۸۵	کارگر	۲۰/۴	۱۶۷	۷۰-۷۹
۷/۳	۶۰	بازنشسته	۱۰	۸۲	≥۸۰
۶/۷	۵۵	شغل آزاد			تحصیلات
۵/۱	۴۲	کارمند دولت	۶۸	۵۵۸	بیسواد
		سطح درآمد	۱۴/۷	۱۲۰	ابتدایی
۴۴/۸	۳۶۷	کمتر از هزینه کرد	۷/۶	۶۲	راهنمایی
۱۱/۶	۹۵	برابر هزینه کرد	۶/۸	۵۶	دیپلم
۴۳/۶	۳۵۸	بیشتر از هزینه کرد	۲/۹	۲۶	دانشگاهی

بررسی توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش
 ۶/۷ درصد واحدهای پژوهش دارای توان خود
 مراقبتی خوب، ۶۹/۶ درصد توان خود مراقبتی
 متوسط و ۲۳/۷ درصد توان خود مراقبتی ضعیف
 داشتند. (جدول شماره ۲)

در بررسی خصوصیات بیماری درمان واحد های
 پژوهش ۲۲/۳ درصد واحد ها سابقه استعمال
 سیگار، ۵۸ درصد سابقه خانوادگی پرفشاری
 خون، ۵۲ درصد اندازه گیری منظم فشار
 خون، ۶۶ درصد مصرف منظم دارو داشتند. در

جدول شماره (۲) توزیع توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش

درصد	تعداد	سطح توان خود مراقبتی
۶/۷	۵۵	خوب
۶۹/۶	۵۷۱	متوسط
۲۳/۷	۱۹۷	ضعیف
۱۰۰	۸۲۰	کل

جدول شماره (۳) توزیع توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش را برحسب برخی فاکتورهای مستقل تاثیر گذار بر آن نشان می دهد. بر طبق یافته های پژوهش مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی واحدهای موردپژوهش در دوگروه مونث و مذکر اختلاف معناداری را از نظر آماری با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد. ($p < 0/05$). در بررسی توان خود مراقبتی برحسب سن بیشترین توزیع توان خودمراقبتی خوب ($13/5\%$) در واحدهای پژوهش با سن > 40 سال مشاهده گردید. مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در گروههای سنی مختلف اختلاف آماری معناداری را با استفاده از آنالیز واریانس یکطرفه ($p < 0/05$) و ضریب همبستگی ($r = -0/26$) نشان داد. در بررسی توان خود مراقبتی برحسب محل سکونت بیشترین توزیع توان خودمراقبتی خوب ($7/8\%$) در واحدهای مورد پژوهش شهری مشاهده گردید. همچنین مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی واحدهای موردپژوهش در دوگروه ساکن شهر و روستا اختلاف آماری معناداری را با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد. ($p < 0/05$) بررسی توان خود مراقبتی برحسب وضعیت تاهل نشان داد بیشترین توزیع توان خودمراقبتی خوب ($6/8\%$) در واحدهای مورد پژوهش متاهل مشاهده گردید. همچنین مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی واحدهای موردپژوهش در دوگروه

مجرد و متاهل اختلاف آماری معناداری را با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد ($p < 0/05$). در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب تحصیلات بیشترین توزیع توان خودمراقبتی خوب ($21/4\%$) در واحدهای دارای دیپلم و بیشترین توزیع ضعیف ($30/1\%$) در واحدهای بیسواد مشاهده گردید. مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی واحدهای موردپژوهش در گروه های مختلف تحصیلی اختلاف آماری معناداری را با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد ($p < 0/05$). بررسی توان خودمراقبتی برحسب شغل نشان داد بیشترین توزیع توان خودمراقبتی خوب ($23/3\%$) در واحدهای مورد پژوهش بازنشسته و بیشترین توزیع ضعیف ($28/2\%$) در واحدهای موردپژوهش بیکار مشاهده گردید. مقایسه میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی واحدهای موردپژوهش در گروههای مختلف شغلی اختلاف آماری معناداری را با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد ($p < 0/05$)

بحث

برابر یافته های پژوهش توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش با میانگین و انحراف معیار $11/14 \pm 58/43$ در سطح متوسط بود. در مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷) نتایج مشابه بود و توان خود مراقبتی واحد های پژوهش متوسط بود (۶). در مطالعه ای که پنالوزا^۱

^۱-Penalza

یافته های پژوهش سن عامل تاثیر گذاری بر سطح توان خود مراقبتی بوده و واحدهای پژوهش با سن کمتر توان خود مراقبتی بیشتری داشتند. اورم می گوید توانمندیها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم متناسب با سطح رشدی که سن معین می کند متفاوت می باشد (۲۹). در مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷)، داشیف^۵ و همکاران (۲۰۰۶) و آرتینیان و همکاران (۲۰۰۲) نیز نتایج مشابه بود و بین سن و توان خود مراقبتی بیماران ارتباط معناداری گزارش گردید (۶۷ و ۲۷). در مطالعه آنسار و همکاران (۲۰۰۷) بین سن و توان خود مراقبتی بیماران دیالیزی ارتباط معناداری مشاهده نشد (۲۶). محل سکونت از دیگر فاکتورهای تاثیر گذار بر توان خود مراقبتی بود بطوریکه واحدهای پژوهش ساکن شهر توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به روستائیان داشتند. آکیول (۲۰۰۷) می نویسد: ساکنین شهر در مقایسه با ساکنین روستا به علت دسترسی، راحت تر به مراکز ارائه کننده خدمات سلامتی، فرصت بیشتری برای کنترل و درمان بیماری داشته و بالطبع سطح توان خود مراقبتی در آنها نسبت به ساکنین روستا بالاتر خواهد بود. در مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷) واحدهای پژوهش مبتلا به پرفشاری خون ساکن روستا دارای توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به ساکنین شهر بودند اما ارتباط معناداری بین توان خود مراقبتی و محل سکونت مشاهده

(۲۰۰۶) جهت بررسی توان خود مراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون در کلمبیا انجام داد توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش در سطح خوب گزارش گردید (۲۴). اوکسل^۱ (۲۰۰۹) در مطالعه ای که با هدف بررسی توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستانهای ادمیس^۲ ترکیه انجام داد. توان خود مراقبتی واحدهای مورد پژوهش را در سطح ضعیف گزارش نمود (۲۵). در این پژوهش مردان دارای توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند. البته با توجه به درصد بالای افراد با سواد در واحدهای پژوهش مذکور (۵۰/۵٪) نسبت به واحدهای پژوهش مونث (۲۲/۳٪) بالا بودن توان خود مراقبتی در مردان قابل پیش بینی بود. در مطالعه آنسار^۳ و همکاران (۲۰۰۷) نیز مردان دیالیزی دارای توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند (۲۶). در مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷) مردان دارای پرفشاری خون دارای توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند اما از لحاظ آماری اختلاف معنی داری در توان خود مراقبتی دو جنس گزارش ن گویید (۶). آرتینیان^۴ و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای که بر روی توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در امریکا انجام داد ارتباط معنی داری را بین جنس و توان خود مراقبتی گزارش نکردند (۲۷). بر طبق

۱ -Oksel

۲ -Adomis

۳ -Unsar

۴ - Artinian

۵ -Dashiff

نگرید(۶). در مطالعه اوکسل و همکاران (۲۰۰۹) در کشور امریکا نیز محل سکونت دارای ارتباط معنادار با توان خود مراقبتی بود و واحدهای پژوهش ساکن شهر دارای توان خود مراقبتی بالا تری بودند(۲۵). در مطالعه آرتینیان و همکاران (۲۰۰۲) ارتباط معنا داری بین محل سکونت و توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش نگرید (۲۷). یافته های پژوهش همچنین نشان داد افراد متاهل توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند . مطالعه بقایی و همکاران (۱۳۸۷) در کاشان با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی، دارای نتایج مشابه بود و افراد متاهل دارای توان خود مراقبتی بالاتری بودند(۲۸). به نظر پژوهشگر تاهل با توجه به نقشی که همسر می تواند در کاهش استرسهای شغلی از طریق حمایت عاطفی و همچنین کمک به تغییر شیوه زندگی داشته باشد، بر توان خود مراقبتی افراد تاثیر می گذارد.. در این مطالعه بین تحصیلات و سطوح توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش ارتباط معنا دار وجود داشت. وبا افزایش سطوح تحصیلی واحدهای پژوهش سطح توان خودمراقبتی نیز افزایش پیدا کرد. آکیول و همکاران (۲۰۰۷) به نقل از لوکارینن^۱ و هنتینن^۲ می نویسند: تحصیلات بالا با توجه به ارتباط آن با موقعیت های شغلی بهتر و درآمد بهتر بر توان خودمراقبتی افراد تاثیر می گذارد (۶). در

مطالعات متعددی ارتباط معنادار بین تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شده است. در مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷) در ترکیه و بقایی و همکاران (۱۳۸۷) در کاشان نیز نتایج مشابه بود و ارتباط معنا داری بین سطح تحصیلات و توان خود مراقبتی گزارش گردید(۶و۲۸). یافته های پژوهش ارتباط معناداری را بین شغل و توان خود مراقبتی نشان داد و افراد شاغل دارای توان خود مراقبتی بهتری بودند. ریح^۳ (۲۰۰۰) می نویسند: شغل افراد ارتباط مستقیمی با سطح توان خودمراقبتی آنها دارد. زیرا وضعیت شغلی بهتر دلالت بر سطوح بالای تحصیلات و درآمد بدست آمده دارد(۲۹). نتایج مطالعه اکسل و همکاران (۲۰۰۹) در امریکا نیز مشابه نتایج پژوهش حاضر بود(۲۵). اما نتایج مطالعه آکیول و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط معنا داری را بین شغل توان خود مراقبتی افراد نشان نداد(۶).

نتیجه گیری

برطبق نتایج این پژوهش توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش در حد متوسط بود و فاکتورهایی از قبیل سن، جنس، محل سکونت، تحصیلات، تاهل و شغل دارای ارتباط معنا داری با سطح توان خود مراقبتی بودند. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی نیز بود از جمله اینکه اکثر واحدهای پژوهش بیسواد بودند و علیرغم اینکه سعی گردید سوالات به صورت شفاهی پرسیده شود لیکن احتمال اینکه واحدهای

۱-Lukkarinen

۲-Hentinen

۳-Rieg

پژوهش در درک سوالات دچار مشکل شوند وجود داشت. همچنین شلوغی و سرو صدای محیط بیمارستان و وضعیت روانی واحد های پژوهش از مواردی بود که در نحوه پاسخگویی به سوالات می توانست تاثیر گذار باشد. نتایج این پژوهش می تواند به عنوان پایه ای برای پژوهشهای بعدی باشد در این راستا پیشنهاد می گردد تاثیر آموزش رفتارهای مراقبت از خود بر توان خود مراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون، موانع انجام رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نقش سیستم های حمایتی در ارتقاء توان خودمراقبتی

افراد مبتلا به پرفشاری خون در مطالعات دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدر دانی

بدینوسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل جناب آقای دکتر میرزاجیمی، مدیر کل محترم سازمان تامین اجتماعی اردبیل جناب آقای دکتر علیمحمدی، معاونت و سوپروایزرین محترم آموزشی بیمارستانهای امام خمینی (ره)، علوی و سبلان اردبیل که ما را در انجام پژوهش یاری نموده اند تقدیر و تشکر بعمل می آید.

منابع

- ۱- کشاورز نسترن، حسینی سیدقدیر، شجاعی زاده داود، محمدی فاطمه، زاهدی فر فریبا، اسماعیل زاده هاجر و همکاران. در ترجمه: ارتقاء سلامت: دانش و رفتار، کتس، جین (مولف). چاپ دوم. تهران: انتشارات آینده سازان. ۱۳۸۴:
- ۲- سالمی صدیقه، نجفی طاهره. در ترجمه: اصول و فنون پرستاری، پاتر، پاتریشیا آن (مولف). چاپ دوم. تهران: سالمی، ۱۳۸۶:ص: ۱۱
- ۳- سخائی شهریار، خرمی عبدالله، حقیقی مقدم یوسف، دیدارلو علیرضا. بررسی میزان بکارگیری متدهای ارتقای سلامتی سبگ زندگی در شاغلین مرکز بهداشتی درمانی شهرستان خوی ۱۳۸۴، مجله علمی پژوهشی طبیب شرق، سال ۱۳۸۴، دوره ۷، شماره دوم، ص: ۹۵-۱۰۰
- ۴- Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management :a discussion paper. International journal of nursing studies. ۲۰۰۹(jan); ۴۶(۱): ۱۲۰-۱۳۱.
- ۵- Curtin RB, Walters BAJ, Schatell D, Penneil P, Wise M. Self- Efficacy and self management behavior in patient with chronic kidney disease. Advances in chronic kidney disease. ۲۰۰۸(Apr); ۱۵(۲): ۱۹۱-۲۰۵.
- ۶- Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self – care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. Journal of clinical nursing. ۲۰۰۷(April); ۱۶(۴): ۶۷۹-۶۸۷.
- ۷- Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. self-care of young adolescents with type ۱ diabetes . Journal of pediatric nursing. ۲۰۰۶(Jun); ۲۱(۳): ۲۲۲-۲۳۲.
- ۸- شهسواری سکینه؛ پیروی حمید. نظریه های پرستاری و کاربرد آنها، تهران: انتشارات بشری، ۱۳۸۷، ص: ۸۶-۸۴
- ۹- Nakagawa k. Self management training: potential for primary care. nurse-pract forum. ۱۹۹۴(Jun); ۵(۲): ۷۷-۸۴.
- ۱۰- Mohammadi E , etal _ evaluation of partnership care model in the control of hypertension. International journal of nursing practice. ۲۰۰۶(june); ۱۲(۳): ۱۵۳-۱۵۹.
- ۱۱- چرکزی، عبدالرحمان، کوچکی قربان محمد، بادله محمد تقی، گزی شهربانو، اکرامی زلیخا، بخشی فوزیه. تاثیر آموزش بر دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری درباره پرفشاری خون، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ، سال ۱۳۸۶، جلد ۹، شماره یکم، ص: ۴۸-۴۳
- ۱۲- Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez G, Burlando G, Kohlmann O, etall. latin american guidelines on hypertension. Journal of hypertension. ۲۰۰۹ (may); ۲۷(۵): ۹۰۵-۹۲۲.
- ۱۳ - Erem C , Hacıhasanoglu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factor among turkish adults: trabozon hypertension study. Journal of public health . ۲۰۰۸(SEP); ۳۱(۱): ۴۷- ۵۸.
- ۱۴ – Kokinos P, Manolis A, Pittaras A, Doumas M, Giannelou A, Panagiotakos DB, etal. Exercise and mortality in hypertensive men with and without additional risk factors. Hypertension. ۲۰۰۹(march); ۵۳(۳) ۴۹۴-۴۹۹.

- ۱۵- محمدی محمد علی، دادخواه بهروز، سزاوار سیدهاشم، مظفری ناصر. تاثیر پیگیری بر میزان کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به پر فشاری خون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۸۵، دوره ۶، شماره دوم، ص: ۱۶۲-۱۵۶
- ۱۶- اسماعیل زاده احمد، آزادبخت احمد. ارزیابی مقایسه ای شاخص های تن سنجی جهت پیش بینی پرفشاری خون در زنان تهرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۷، دوره ۶۶، شماره ششم، ص: ۴۲۰-۴۱۳
- ۱۷- قربانی راهب، اسکندریان رحیمه، ملک مجتبی، رشیدی پور علی. بررسی شیوع پرفشاری خون در جمعیت بزرگسال استان سمنان، مجله غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۷، دوره ۱۰، شماره پنجم، ص: ۴۹۵-۵۰۳
- ۱۸- پژهان اکبر، نجار لادن، حیدری عباس، حاجی زاده سهراب، رخشانی محمد حسن. وضعیت فشارخون در جمعیت شهری سبزوار در سال ۱۳۸۴، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال ۱۳۸۴، دوره ۱۴، شماره دوم، ص: ۲-۱
- ۱۹- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hazer SL, Lango DL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17nd ed. McGraw-Hill. USA. ۲۰۰۸.
- ۲۰ - Mohan S , Campbell N. Hypertension management time to shift gears and scale up national efforts . Hypertension. ۲۰۰۹(march); ۵۳(۳) : ۴۵۰-۴۵۱.
- ۲۱- شیروانی غلامحسین . در ترجمه : فشار خون بالا . کاپلان نورمن ام . چاپ اول . تهران : انتشارات دانش پژوه ، ۱۳۸۷، ص: ۱
- ۲۲ -Gozum S, Hacıhaasanoglu R. Reliability and validity of the turkish adaptation of medication adherence self efficacy scale in hypertensive patient. European journal of cardiovascular nursing. ۲۰۰۸(june); ۸(۲): ۱۲۹-۱۳۶.
- ۲۳- آتش زاده شوریده فروزان، نیک روان مفرد ملاحظت، مشتاق زهرا، خزایی ناهید، هویت طلب خدیجه . اصول مراقبت از بیمار: نگرشی جامع بر پرستاری. دوگاس بورلی ویترو. چاپ اول، جلد ۱. انتشارات نور دانش، ۱۳۸۲، ص: ۲۰-۱
- ۲۴- Garcia MP. The capacity of self-care agency in people with high arterial hypertension in San José de Cúcuta. Avances en enfermería. ۲۰۰۶(nov); ۲۴(۲): ۶۳-۷۹.
- ۲۵ - Oksel E, Akbiyik A, Kocak G. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. European journal of cardiovascular nursing. ۲۰۰۹(April); ۳۱(۸): p ۲۲.
- ۲۶ - Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self - care agency in dialyzed patients. dialysis & transplantation . ۲۰۰۷(jan); ۳۶(۲): ۵۷-۷۰.
- ۲۷ Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patients with heart failure. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. ۲۰۰۲(may); ۳۱(۳): ۱۶۱-۱۷۲.
- ۲۸- بقایی پروین، زندی میترا، وارث زهره، مسعودی علوی نگین، ادیبجاق باقری محسن. وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی مرکز دیابت کاشان در سال ۱۳۸۴، فصلنامه علمی - پژوهش فیض، سال ۱۳۸۷، دوره ۱۲، شماره ۱، ص: ۹۳-۸۸
- ۲۹ - Rieg L C. Information retrieval of self - care and dependent care agents using netwellness. Cincinnati : The college of nursing unversity. ۲۰۰۰.