The effect of self-management program based on 5A model on coping strategies in the elderly men patients with hypertension

Moradi M[1], Nasiri M[*2], Hajiahmadi M[3], Jahanshah M[4]

Abstract

Introduction and purpose: Managing chronic diseases is related with the selection of appropriate coping methods. This study aimed to determine the effect of self-management program based on 5A model on coping strategies in the elderly men patients with hypertension.

Materials and methods: This Clinical Trial study was performed in 60 elderly men clients with the age of 60-75 years Suffering from hypertension attending health centers to Ramsar city, Iran, in 2017. The subjects were randomly assigned into two groups of experimental (n= 30) and control (n= 30). From Jalowiece Coping Questionnaire (problem-focused and emotion-focused) were used to measure the clients coping styles before and after intervention. The intervention of program based on 5A model consisted of group training and individual guidance. The clients were then followed up through phone call: within 12 weeks The data was analyzed using SPSS ۱۹ and descriptive and analytical statistics.

Findings: The mean and standard deviation of age in the control and intervention groups were 67.55 ± 5.01 and 68.34 ± 5, respectively. Significant differences among experimental and control group regarding the rate of problem-focused coping strategies after the intervention (p=0/0001). In fact self-management program based on 5A model increased the client' rate of problem-focused coping strategies.

Conclusion: Appropriate coping methods can be promoted with systematic educational planning, continuous follow-up, with encouragement and motivation, in chronic patients, especially the elderly.

***Key words**: Hypertension, Self-management, Coping, Aged, Men*

Received: 2017/09/30 *Accepted: 2017/11/11*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - MSc, Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2 - Instructor, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** mahboobeh.nasiri132@gmail.com
3 - Associate Professor, Department of Statistic and Epidmiology, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
4 - Instructor, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

تاثیر برنامه خود میریتی مدل ۵آ بر روش های مقابله ای سالمندان مرد مبتلا به پر فشاری خون

مجتبی مرادی[۱]، محبوبه نصیری[*۲]، محمود حاجی احمدی[۳]، مهری جهانشاهی[٤]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/ ۷/۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/ ۸/۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: مدیریت بیماریهای مزمن با انتخاب روشهای مقابله ای مناسب مرتبط است. این پژوهش با هدف" تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی مدل ۵آ بر روش های مقابله ای سالمندان مرد مبتلا به پر فشاری خون" در شهرستان رامسر انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی، بر روی ۶۰ مرد سالمند ۶۰ – ۷۵ سال مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی – درمانی شهر رامسر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مددجویان به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. از پرسشنامه روش های مقابله ای جالوویس (مسئله مدار و هیجان مدار) برای سنجش سبک های مقابله ای بیماران قبل و بعد از مداخله استفاده شد. مداخله برنامه خودمراقبتی مدل ۵آ شامل آموزش گروهی و راهنمایی فردی بود. مددجویان طی ۱۲ هفته از طریق تماس تلفنی نیز پیگیری شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 19 و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمون و کنترل به ترتیب، ۵/۰۱± ۶۷/۵۵ و ۵± ۶۸/۳۴ بود. روش مقابله ای مسئله مدار قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون مطلوبتر و اختلاف معنی دار بود(p=0/0001). در واقع، برنامه خودمراقبتی مدل ۵آ، میزان روش مقابله ای مسئله مدار مددجویان را افزایش داده بود.

نتیجه گیری: با برنامه ریزی منظم آموزشی، پیگیری مداوم، تشویق و انگیزش، می توان روش های مقابله ای مناسب را در بیماران مزمن، خصوصا سالمندان ارتقا داد.

کلید واژه ها: پرفشاری خون، خودمدیریتی، مقابله، سالمند، مردان

۱- کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- مربی، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** mahboobeh.nasiri132@gmail.com
۳- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
٤- مربی، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

مقدمه

سالمندی یک فرایند زیست شناختی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می گیرد. همه ی ما از زمانی که زاده می شویم سالمندی را آغاز می کنیم. سالمندی از پدیده های مطرح در سال های اخیر در عرصه بهداشت جهان می باشد به عنوان یک پدیده زیست شناختی طبیعی و ناگزیر به شمار می آید [۱]. طبق برآوردهای اخیر کارشناسان، پیش بینی می‌شود که از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۲۵ میزان افراد سالخورده ۶۵ سال به بالا از ۱۷ درصد به ۸۲ درصد برسد. همچنین تا سال ۲۰۲۵ ایتالیا و ژاپن بیشترین تعداد سالمندان جهان را خواهند داشت که تقریباً آنان یک سوم از کل جمعیت این کشورها را به خود اختصاص می‌دهند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است[۲]. آمار سرشماری سال ۱۳۹۵ حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمند با سن بیش از ۶۵ سال از ۷/ ۵ درصد در سال ۹۰ به ۱/ ۶ در سال ۹۵ است[۳] و برآورد شده است تا سال۱۴۰۰، ۱۰درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل دهند[۴]. با روند رو به رشد سالمندی در تمامی کشورها یکی از بزرگترین چالش‌های سیستم بهداشتی جهان در قرن ۲۱ افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن می‌باشد[۵] زیرا به مرور زمان و با افزایش سن تغییرات فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی در سیستم‌های مختلف بدن به وجود می‌آید، تغییرات سیستم گردش خون یکی از شایعترین تغییرات پاتولوژیکی سیستم‌های بدن و پر فشاری خون نیز یکی از شایعترین تغییرات در سیستم گردش خون در سالمندان به شمار می‌رود[۶]. پر فشاری خون یک چالش عمده بهداشت عمومی در بسیاری از نقاط جهان است[۷]. به طوری که بیش از ۴۰ درصد افراد بالای ۴۵ تا ۶۴ سال و بیش از ۷۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال از پر فشاری خون رنج می‌برند[۸]. عدم کنترل فشارخون یک عامل تعیین کننده برای بیماری‌های قلب، کلیه و سکته مغزی محسوب می‌شود[۸،۹] و مسئول بالاترین میزان مرگ و میر و بیماری‌ها نسبت به سایر فاکتورهای خطرزا در سراسر جهان می‌باشد[۱۰]. در حال حاضر در کشور ما ۲۴/۱ درصد از مردان و ۲۳/۳درصد از زنان مبتلا به پر فشاری خون تشخیص داده شده، تحت درمان با دارو می‌باشند[۱۱].

جهت کنترل بیماری و عوارض آن باید همزمان با کنترل دارویی به روش‌های غیر دارویی نیز اندیشید[۱۰]. از آنجایی که مصرف دارو در بیماران سالمند مستلزم رعایت مسائل بسیار فراوانی است، امروزه پژوهشگران با توجه به مکانیسم آسیب شناسی پرفشاری خون، رژیم‌های غیر دارویی را به جای رژیم دارویی توصیه می‌کنند. کاهش وزن، مصرف میوه جات و سبزیجات فراوان، مصرف غذاهای کم نمک، ورزش، محدود کردن استعمال دخانیات از جمله روش‌های غیر دارویی در کنترل فشارخون است[۱۲]. بیگی و همکاران در مطالعه خود نشان داده اند که آگاهی بیماران در مورد پرفشاری خون و مزایای تغییرسبک زندگی و مدیریت بیماری از راههای موفقیت آمیز در کنترل فشار خون است[۱۳]. بر اساس آمار ارائه شده ۶۴ درصد از غربی‌ها توانسته‌اند با مدیریت بیماری و مراقبت از خود، بیماری خود را در یک حد متوسط نگه دارند[۱۴]. یکی از روش‌های مدیریت بیماری توسط خود فرد به کار گیری 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 می شود. 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[۸]. هدف از به کار گیری 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 بیمار تمرکز دارد و هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری، ارتقای سلامت مبتنی بر توانایی‌ها و شیوه زندگی فرد و همچنین افزایش کیفیت زندگی است[۱۵]. برای اجرای خودمدیریتی مدل های مختلفی در دسترس است. مدل ۵آ که به مدل تغییر رفتار معروف است یکی از این مدل‌های کاربردی در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

رشته پرستاری می‌باشد که با رویکردی مبتنی بر شواهد طرح ریزی شده است و برای ایجاد رفتارهای مطلوب و شرایط سلامتی مختلف مناسب می باشد. این مدل خود مدیریتی شامل ۵ مرحله می‌باشد: در مرحله اول یا بررسی، مشکلات هر فرد مشخص می شود، در مرحله بعد یعنی راهنمایی بر اساس نتایج بررسی انجام شده، مددجو از مشکلاتی که دارد و خطراتی که آن مشکلات ممکن است برایش ایجاد کند آگاه می شود. در مرحله سوم یا توافق، آموزش دهنده و شرکت کننده بر اهداف رفتاری و بر اساس آن برنامه های عملی که برای رسیدن به آن اهداف لازم است توافق می کنند در مرحله چهارم یا کمک ممکن است برخی از بیماران نیاز به آموزش یا مشاوره های مخصوص داشته باشند که این کار از طریق ارجاع بیمار به مشاوران مخصوص و یا آموزش شفاهی رو در رو و یا دادن بروشور هایی انجام می گیرد. نهایتا در مرحله پنجم(پیگیری) از طریق تلفن و ویزیت در درمانگاه و یا منزل وضعیت دستیابی به اهداف رفتاری و برنامه های عملی، انجام مشاوره ها و همچنین تقویت و تشویق به ادامه انجام مداخله، برنامه پیگیری و بررسی می شود. قبادی و همکاران در پژوهش خود تأثیر برنامه خود مراقبتی ۵آ در بیماران مبتلا به دیابت را نشان دادند[۱۶]. امروزه از مدل های مختلف کاربردی در پرستاری برای خودمراقبتی و ارتقا کیفیت زندگی بیماران مزمن استفاده می شود[۱۷].

برای ارتقاء مدیریت بیماری[۱۸] و خودمراقبتی[۱۹] چگونگی استفاده از روش های مقابله ای مهم است. لازاروس و فولکمن روش های مقابله ای را به دو دسته هیجان مدار و مسئله مدار تقسیم کرده اند و معتقدند مقابله شامل تلاش های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که از آن در هنگام روبروشدن با فشارهای روانی به منظور غلبه و تحمل کردن و یا به حداقل رسانیدن عوارض تنیدگی استفاده می شود[۲۰]. به اعتقاد این دو پژوهشگر مقابله دو هدف دارد: حل مشکل و کنترل تنش. فرآیندهای مقابله بر اساس نیازهای ایجاد شده و نگرانی های ناشی از بیماری متفاوت است و مقابله، نتیجه فرایند ارزیابی از مشکل است[۲۱]. در روش مقابله مسئله مدار فرد سعی می کند مشکل خود را به شیوه درست مانند برقراری کنترل بر موقعیتها، تجزیه مشکل به اجزای کوچکتر حل کند. در حالیکه در روش مقابله هیجان مدار حل مشکل با مواردی چون خیالبافی، بهبود خودبخودی اوضاع، انتظار از دیگران همراه می باشد. روش های مقابله ای مسئله مدار بیشتر در وضعیت هایی که نیاز به کنترل بالا و روش های مقابله ای هیجان مدار بیشتر در وضعیت هایی که نیاز به کنترل کم باشند، مفید می باشند[۲۲].

در بررسی مطالعات نشان داده شد که بین استفاده از روش های مقابله ای مسئله مدار با خودمراقبتی جسمی و روانی مطلوب ارتباط مستقیمی برقرار است و می تواند باعث رفاه بیشتری گردد[۲۳]. در حالی که استفاده از روش مقابله ای هیجان مدار علاوه بر خودمراقبتی نامطلوب به طور معنی داری با عصبانیت، اضطراب و افسردگی در ارتباط است[۲۴]. بیمارهای مزمن می توانند روش های مقابله ای بیماران را به چالش بکشانند[۲۵] و عامل تعیین کننده کیفیت زندگی باشند[۲۶]. انتخاب روش مقابله ای مناسب در جهت ارتقاء کیفیت زندگی با تدوین برنامه های آموزشی و مداخله ای یک ضرورت اساسی محسوب می شود[۲۷]. کسب اطلاعات یکی از راههای استفاده از روش های مقابله ای مناسب می باشد. در پژوهش داسمدتی و همکاران(۲۰۱۲) بیمارانی که از عوارض جانبی داروها اطلاعات بالاتری داشتند از روش های مقابله ای موثرتری استفاده می کردند[۲۸]. یکی از راههای موثر انتخاب روش مقابله ای مناسب بالا بردن اطلاعات می باشد به همین خاطر، آموزش، قسمت ویژه ای از برنامه مراقبتی می باشد که بیمار را به طور فعال در امر خودمراقبتی شرکت داده و باعث مقابله ای بهتر با وضعیت موجود می گردد، اما متاسفانه در بیشتر موارد مداخلات آموزشی بدون برنامه ریزی و اتفاقی می باشد. آموزش باید در یک چارچوب منظم و همراه با پیگیری و تعامل موثر بین مددجو و پرستار باشد[۲۹]. اجرای برنامه های خودمدیریتی با مدل هایی مانند مدل ۵آ می تواند پاسخگوی این نیاز باشد. با توجه به شیوع پرفشاری خون خصوصاً در سالمندان و با توجه به اینکه روش های مقابله ای در بیماران با پر فشاری خون در افراد مختلف متفاوت است و استفاده از روشهای مقابله ای نامناسب

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

می تواند اثرات نامطلوبی برای این بیماران داشته باشد و تاکنون در کشور ما تحقیقات محدودی در زمینه تاثیر بکارگیری برنامه خود مدیریتی ۵آ در روش های مقابله ای انجام داده است و همچنین با توجه به اینکه زنان در مقایسه با مردان تاکید بیشتری بر روی وضعیت سلامتی و بهداشتی خود دارند[۳۰] و از سال ۱۹۸۰ به بعد امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان شده است[۲۵]، لذا بر اساس تفاوت های جسمی و روانی بین زنان ومردان، باعنایت به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش مداخله ای است، پژوهشگر برای دستیابی به نتایج مطلوبتر و دقیق تر مطالعه خود را در یک گروه خاص و با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی مدل ۵آ بر روش های مقابله ای سالمندان مرد مبتلا به پر فشاری خون در شهرستان رامسر، سال ۹۶ انجام داده است. امید است که بتوان از نتایج کار در سایر بیماری های مزمن در سالمندان استفاده کرد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی می باشد. جامعه پژوهش را کلیه سالمندان جوان و مرد مبتلا به پر فشاری خون که در مراکز بهداشت سالمندان شهرستان رامسر پرونده داشتند، تشکیل می دادند و محیط پژوهش مراکز بهداشت شهرستان رامسر و منازل مددجویان بودند. حجم نمونه بر اساس مشاوره با استاد آمار و فرمول حجم نمونه[1] ۶۰ نفر در دو گروه آزمون و کنترل با احتساب ریزش (هر گروه ۳۰ نفر) تعیین شد که به روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود انتخاب شدند. معیار های ورود شامل: بیماران مرد مبتلا به پر فشاری خون تشخیص داده شده توسط پزشک و در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال، تمایل جهت شرکت در پژوهش، تکلم به زبان فارسی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلال روان – شناختی (بدین منظور برای سنجش وضعیت شناختی از معیار کوتاه شناختی[2] ده گویه ای برای ورود سالمندان مبتلا به پر فشاری خون به مطالعه استفاده شد. به طوری که اگر سالمند، نمره بالاتر از ۸ را کسب می کرد، در پژوهش شرکت داده می‌شد. لازم به ذکر است که روایی و پایایی پرسشنامه غربالگری اختلالات شناختی سالمندان در مطالعه بختیاری (۱۳۹۳) با α=۰/۷۶ و پایایی درونی ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفت[۳۱])، نداشتن مشکل بینایی و شنوایی (در حدی که در ارتباط مشکلی به وجود نیاید)، عدم سابقه کار در سیستم بهداشتی، عدم ابتلا به بیماری‌های بدخیم، نارسایی قلبی، نارسایی کلیه، پرکاری تیروئید، افسردگی و بیماری های اعصاب و روان، عدم سابقه بحران شدید روحی در ۳ ماه گذشته(مانند از دست دادن بستگان نزدیک)، توانایی انجام فعالیت‌های زندگی روزانه (با استفاده از ابزار فعالیت‌های زندگی روزانه و کسب نمره ۱۲ و بالاتر[۳۲]) و امکان دسترسی و پیگیری از طریق تلفن بوده اند و معیارهای خروج نیز شامل: عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش، فوت سالمند، عدم حضور در جلسات آموزشی، مواجهه بحران‌های شدید روحی و جسمی در حین مطالعه، بستری در بیمارستان در حین مطالعه بوده اند. پس از انتخاب نمونه ها، به هر یک از پرونده‌های بیماران یک شماره از ۱ تا ۶۰ داده شد و با انتخاب تصادفی پرونده‌های شماره زوج در گروه آزمون و پرونده‌های شماره فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. با هماهنگی مرکز بهداشت به درب منزل مددجویان مراجعه و پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر برای مددجویان برای هر دو گروه آزمون و کنترل تکمیل شد.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دو بخشی استفاده شد. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات، میزان درامد، وضعیت محل سکونت، مدت زمان ابتلا به پر فشاری خون در خانواده، ابتلا به بیماریهای دیگر، مصرف داروها، وزن و قد و میزان آگاهی، برخی از عادات زندگی) بخش دوم ابزار روش مقابله ای

1 $= \left(\frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}\right.$

2 Abbreviated Mental Test

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

جالوویس[1] jcs، است. برای ارزیابی استراتژیهای مقابله (جالوویس، پاورز[2] و مورفی[3] ۱۹۸۴) مورد استفاده قرار گرفت. ابزار روش های مقابله ای جالوویس یک ابزار معتبر است که بر اساس نظریه استرس روانشناختی و روش مقابله توسط لازاروس و فولکمن (جالوویس ۱۹۷۷) طراحی شده است و در مطالعات مختلف استفاده شده است و پایایی آن در پژوهش پان تی و همکاران (۲۰۱۱) برای روش مقابله ای مسئله مدار ۰/۸۷ و هیجان مدار ۰/۹۳ بوده است[۳۳]. روایی آن از نوع محتوی و در داخل کشور در مطالعات مختلف داخل کشور از آن استفاده شده است و پایایی آن در پژوهش راوری و همکاران (۱۳۹۱)، ۰/۸۹ و در مطالعه نصیری و همکاران(۲۰۱۳) برای مشکل مدار، ۰/۷۹ و هیجان مدار،۰/۸۰ بوده است[۳۴,۲۰]. در روشهای مقابله ای مسئله مدار به هر فرد، ۱۵–۷۵ امتیاز و در مورد روش های مقابله ای هیجان مدار، ۲۴– ۱۲۰ امتیاز داده می شود. سطح امتیاز روش های مسئله مدار به سه دسته کم (کمتر از ۵۰)، متوسط (۵۰–۶۰) و زیاد (بیشتر از ۶۰) و نمرات هیجان مدار به سه دسته کم (کمتر از ۷۰)، متوسط (۷۰–۸۰) و زیاد (بیشتر از ۸۰) تقسیم می شود. در مورد روشهای مسئله مدار تغییر نمره به بیشتر بعد از مداخله و در مورد روشهای هیجان مدار، تغییر نمره از بیشتر به کمتر مطلوب است[۲۰]. پرسشنامه یک بار در ابتدای پژوهش و بار دیگر پس از ۱۲ هفته برای هر دو گروه (آزمون و کنترل) تکمیل شد و در گروه آزمون برنامه خود مدیریتی ۵آ برای هر یک از بیماران به اجرا در آمد. برنامه خودمدیریتی شامل ۵ مرحله بوده است :

مرحله اول: بررسی آگاهی، رفتار ها، بیمار با استفاده از فرم بررسی خود ساخته در زمینه فشارخون: سابقه ابتلا به بیماری، عواملی که منجر به افزایش فشار خون می شود، علائم فشار خون، سرگیجه، خون دماغ، داروهای مصرفی، وضعیت استراحت، تغذیه، نحوه ی فعالیت، کنترل فشار خون

مرحله دوم: راهنمایی انفرادی بیمار در مورد خطرات سلامتی و فواید تغییر رفتار: در این مرحله با توجه به مرحله اول موارد غیر طبیعی تشخیص داده و به اطلاع بیمار رسانده شد. خطرات افزایش فشار خون و عدم کنترل یا بی توجهی آن به بیماران گوشزد شد و فواید تغییر رفتار و اهمیت تغییر رفتار در پیشگیری از عوارض بیماری توضیح داده شد.

مرحله سوم: بین بیمار و پژوهشگر توافقی کتبی در مورد عملکرد بیمار طرح ریزی شد یعنی با توجه به عوامل مداخله گر در پر فشاری خون چک لیستی آماده و به بیمار داده شد. مثال: بیمار رژیم بدون نمک را در سر سفر غذا رعایت نمی‌کند. برای اطمینان از اجرای برنامه از بیمار و با کمک اعضای خانواده خواسته شد چک لیست (طراحی شده) را علامت بگذارد و دردفتر گزارش دهی به صورت روزانه ثبت کند (تا ۱۲ هفته).

مرحله چهارم: کمک به توسعه ی برنامه عملی (به همراه یکی از اعضای خانواده) یک جلسه ی آموزشی ۲ ساعته به صورت گروهی به فاصله یک هفته پس از راهنمایی فردی، برای افزایش آگاهی بیمار در زمینه ی بیماریشان تشکیل شد. در این جلسه کنترل فشارخون و محدوده طبیعی آن به اعضای خانواده آموزش داده شد و دوباره در مورد فعالیت، غذا، عدم استعمال دخانیات، مصرف سبزی و میوه با توجه به وضعیت بیمار آموزش داده شد و همچنین با توجه به نیاز بیمار، دوباره یک هفته پس از آموزش گروهی، آموزش فردی به منظور تاکید و تکرار مطالب گفته شده، داده شد.

مرحله پنجم: سپس عملکرد بیماران تا ۲ ماه پیگیری شد. جهت اطمینان از اجرای برنامه های عملی توسط بیماران در ۲ هفته ی اول، تماس تلفنی روزانه و پس از آن تماس تلفنی هفتگی با بیماران صورت گرفت تا انجام برنامه عملی یاد آوری شود. علاوه بر این، وضعیت پیشرفت بیمار ۴ هفته یکبار نیز طی جلسه حضوری و فردی پیگیری شد. در این جلسه برنامه توافق شده و دفترچه خود گزارش دهی بیمار مورد بررسی قرار گرفت تا در صورت نیاز، تغییرات اساسی داده شود. پس از پایان کار (۱۲ هفته) دوباره پرسشنامه روش مقابله ای تکمیل شد.

1 Jalowiec Coping Scale
2 Powers
3 Murphy

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (کای اسکوئر و من ویتنی) مورد تجریه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته ها نشان می دهد که در هر دو گروه یک نفر (۳/۳۳٪) ریزش داشته است و در هر دو گروه ۲۹ نفر در پژوهش شرکت کردند، بین توزیع فراوانی متغیرهای فردی با استفاده از آزمون کای اسکوئر برای متغیرهای کیفی وآزمون تی تست برای متغیرهای کمی تفاوت معنی داری در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۵/۰۱± ۶۷/۵۵ و ۵± ۶۸/۳۴، فشارخون سیستولیک ۱۹/۷۴±۱۴۵/۵ و ۱۶/۱۶± ۱۴۵/۵۲ میلی متر جیوه، فشارخون دیاستولیک ۱۴/۷۲±۸۱/۰۳ و ± ۷۷/۵۹ میلی متر جیوه، BMI ۳/۹۸± ۲۷/۳۴ و ۳/۷± ۲۸/۴۲ بوده است. اکثریت داده ها در گروه آزمون و کنترل به ترتیب از نظر میزان تحصیلات ۱۰ نفر (۳۴/۵٪) و ۹ نفر (۳۱/۱٪) دیپلم، از نظر محل سکونت ۲۶ نفر (۸۹/۷٪) و ۲۸ نفر (۹۶/۶٪) دارای خانه شخصی، تعداد ۳ فرزند و بیشتر، ۲۴(۸۲/۸٪) و ۲۵ نفر (۸۶/۲٪)، ۲۷ نفر متاهل (۹۳/۱٪)، درآمد ۱۷ (۵۸/۶٪) و ۱۵ نفر (۵۱/۷۲ درصد) در حد کافی بوده است. ۱۸ نفر (۶۲/۱٪) در گروه آزمون و ۱۷ نفر در گروه کنترل (۵۸/۶) بازنشسته بودند. همچنین از نظر مصرف داروها، مدت ابتلا به پر فشاری خون، ابتلا به بیماریهای دیگر، مدت ابتلا به پر فشاری خون، عادات غذایی و میزان آگاهی در دو گروه اختلاف معنی دار مشاهده نشد (جدول شماره ۱و۲).

با استفاده از آزمون ویلکاکسون تفاوت آماری معنی داری بین مقادیر نمرات روش های مقابله ای هیجان مدار در گروه آزمون و کنترل قبل و پس از آموزش دیده می شود (به ترتیب P=۰/۰۰۰۱ و P=۰/۰۰۱) و در هر دو گروه میانگین نمرات در حد کم بوده است. (در گروه آزمون قبل از مداخله ۹/۲۸±۶۵/۴۸ و بعد از مداخله ۴/۲۷±۶۱/۱ با تفاضل ۵/۲۹±۴/۳۷ و در گروه کنترل قبل از مداخله ۸/۱۴±۶۷/۶۲ و بعد از مداخله ۴/۳۸±۶۲/۳۱ با تفاضل ±۵/۳۱). با استفاده از آزمون من‌ویتنی مشخص گردید که تفاوت آماری معنی داری بین تفاوت نمرات پرسشنامه روش های مقابله ای هیجان مدار قبل و پس از مداخله، بین دو گروه مورد تحقیق دیده نمی شود (P=۰/۵۸۶).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

جدول شماره ۱) بررسی برخی از عادات زندگی در مددجویان مورد تحقیق در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه	آزمون		کنترل		p-value
	وضعیت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پیوست	داشتند	۸	۲۷/۶	۷	۲۴/۱	P=۰/۷۶
	نداشتند	۲۱	۷۲/۴	۲۲	۷۵/۹	
اشتها به غذا	داشتند	۲۹	۱۰۰	۲۶	۸۹/۷	P=۰/۲۳۷
	نداشتند	۰	۰	۳	۱۰/۳	
خواب خوب	داشتند	۲۲	۷۸/۶	۱۹	۶۵/۵	P=۰/۲۷۳
	نداشتند	۶	۲۱/۴	۱۰	۳۴/۵	
انجام فعالیتهای روزانه	داشتند	۲۷	۹۳/۱	۲۶	۸۹/۷	P=۰/۶۴
	نداشتند	۲	۶/۹	۳	۱۰/۳	
انجام ورزش	بلی	۶	۲۰/۷	۱۰	۳۴/۵	P=۰/۲۴
	خیر	۲۳	۷۹/۳	۱۹	۶۵/۵	
رضایت از فعالیتهای روزانه	بلی	۲۶	۸۹/۷	۲۴	۸۲/۸	P=۰/۷
	خیر	۳	۱۰/۳	۵	۱۷/۲	
انتقال احساسات به دیگران	بلی	۹	۳۱	۱۰	۳۴/۵	P=۰/۷۸
	خیر	۲۰	۶۹	۱۹	۶۵/۵	
وضعیت روحی	مطلوب	۲۹	۱۰۰	۲۶	۸۲/۸	P=۰/۰۶۲
	نا مطلوب	۰	۰	۳	۱۷/۲	
عصبانیت سریع	بلی	۱۰	۳۴/۵	۱۰	۳۵/۷	P=۰/۹۲
	خیر	۱۹	۶۵/۵	۱۸	۶۴/۳	
پیگیری بیماری توسط خانواده	بلی	۱۲	۱۴/۴	۱۰	۳۴/۵	P=۰/۷۸
	خیر	۱۷	۵۸/۶	۱۹	۶۵/۵	
مصرف سیگار و دخانیات	داشتند	۲	۶/۹	۲	۶/۹	P=۱/۰
	نداشتند	۲۷	۹۳/۱	۲۷	۹۳/۱	

جدول شماره ۲) بررسی وضعیت آگاهی مددجویان مورد تحقیق در دو گروه آزمون و کنترل

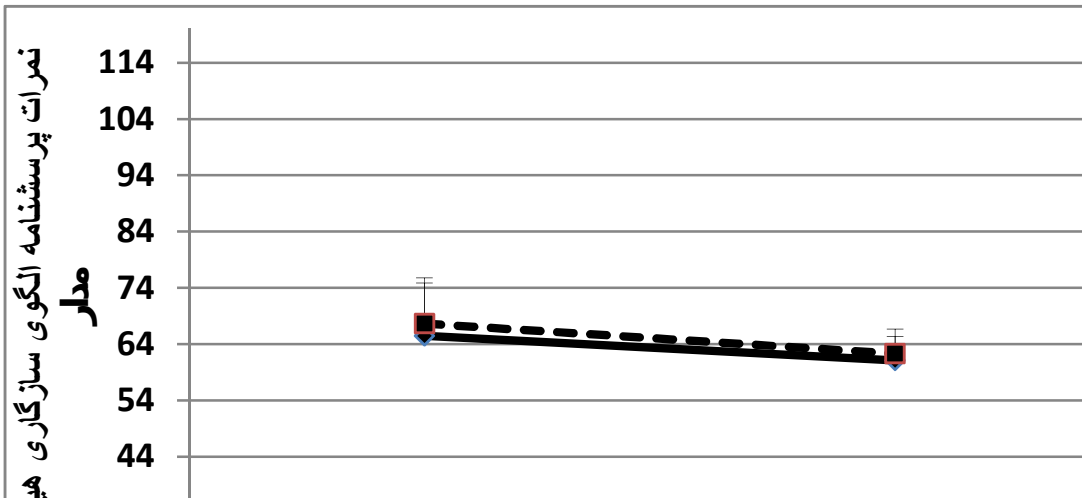
حیطه های آگاهی	گروه	آزمون		کنترل		p-value
	وضعیت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آگاهی از بیماری خود	کم	۲۴	۸۲/۸	۲۲	۷۵/۹	P=۰/۵۱۷
	متوسط	۵	۱۷/۲	۷	۲۴/۱	
	خوب	۰	۰	۰	۰	
آگاهی از رژیم غذایی	کم	۱۷	۵۸/۶	۲۰	۶۹	P=۰/۶۹
	متوسط	۱۱	۳۷/۹	۸	۲۷/۶	
	خوب	۱	۳/۴	۱	۳/۴	
آگاهی از مصرف داروها و عوارض آن	کم	۲۴	۸۲/۸	۲۲	۷۵/۹	P=۰/۳۸۶
	متوسط	۴	۱۳/۸	۷	۲۴/۱	
	خوب	۱	۳/۴	۰	۰	
آگاهی از تاثیر ورزش و فعالیت بر روی کنترل فشارخون	کم	۲۵	۸۶/۲	۲۲	۷۵/۹	P=۰/۳۱۵
	متوسط	۴	۱۳/۸	۷	۲۴/۱	
	خوب	۰	۰	۰	۰	
آگاهی از تاثیر سیگار و دود آن بر افزایش فشارخون	کم	۲۳	۷۹/۳	۲۳	۷۹/۳	P=۰/۵۸
	متوسط	۵	۱۷/۲	۶	۲۰/۷	
	خوب	۱	۳/۴	۰	۰	

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

جدول شماره ۳) وضعیت نمرات روش مقابله ای مسئله مدار در مددجویان مبتلا به پر فشاری خون در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از آموزش	پس از آموزش	تفاوت امتیاز قبل و بعد از آموزش	نتیجه آزمون (من ویتنی)
آزمون	۵۲/۰۶±۹/۳۸	۶۱/۷۵±۹/۱۹	۹/۶۸ ±۱۲/۶	t=۲/۰۳ و P=۰/۰۲۵
کنترل	۵۱/۳۱±۲/۶۳	۵۵/۴۴ ±۳/۶۶	۴/۱۳ ±۳/۰۵	

با استفاده از آزمون ویلکاکسون مشخص گردید که تفاوت آماری معنی داری بین مقادیر نمرات پرسشنامه روش مقابله ای مسئله مدار در گروه آزمون قبل و پس از مداخله دیده می شود (P=۰/۰۰۰۱). میانگین نمرات در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله هر دو در حد کم و پس از مداخله در گروه آزمون به حد متوسط (با افزایش نمره) رسید. در حالیکه در گروه کنترل در حد کم باقی مانده است. در جدول شماره ۳ وضعیت نمرات روش های مقابله ای مسئله مدار در مددجویان مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آمده است.همچنین نمودار ۱ بررسی وضعیت نمرات روش های مقابله ای مسئله مدار را در بهبود پرفشاری خون در مددجویان مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان می دهد.



نمودار شماره ۱) وضعیت نمرات روش مقابله ای هیجان مدار در مددجویان مبتلا به پر فشاری خون در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته ها برنامه خودمدیریتی ۵آ توانست بر روی امتیازات کلی روش مقابله ای مسئله مدار تاثیر بگذارد به طوریکه میانگین نمرات قبل از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل در حد کم بوده ولی پس از آموزش در گروه آزمون افزایش در میانگین نمرات مشاهده شد. نتایج پژوهش آریف و همکاران (۲۰۱۱) و آلنریواجی و همکاران (۲۰۱۱) و علیلو و همکاران (۱۳۸۹) مشابه نتایج پژوهش حاضر میانگین نمرات مسئله مداردر بیماران پر فشاریخون در حد کم بوده است[۳۶،۳۵ و ۳۷]. علاوه بر پرفشاری خون در بیماریهای مزمن دیگر مانند نارسایی قلب، ام اس، دیابت و نارسایی مزمن کلیه نیز بیماران بیشتر از روش مقابله ای هیجان مدار استفاده می کردند(۲۷،۲۳،۱۹ و ۳۶). نتایج مطالعه عابدینی و همکاران از جمله مطالعات محدودی است که میانگین نمرات روش مقابله ای مسئله مدار در بیماران بالاتر بود[۳۸]. به علت ارتباط بین روش های مقابله ای مسئله مدار با خودمراقبتی جسمی و روحی-روانی این موضوع قابل توجه محققین قرار گرفته است، در مروری بر مطالعات لی و شان روش های مقابله ای بر روی تبعیت از رژیم غذایی، دارو ، ورزش به عنوان یک عامل محرک در بیماران با نارسایی قلب بوده است[۲۳].

نتایج پژوهش اینا و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که ارتباط تنگاتنگی بین سطح دانش و روش مقابله ای مسئله مدار وجود داشته است (p=0/000) [۳۹]. سیام و همکاران (۲۰۱۱) نیز یکی از معیارهای موثر بر روی روش مقابله ای مسئله مدار را آموزش خودمراقبتی می دانند[۱۹]. در پژوهش حاضر از برنامه خود مدیریتی ۵آ در آموزش بیماران استفاده شده است و آموزش های ارائه شده در مداخله برنامه خود مراقبتی و برنامه خودمدیریتی ۵آ در یک راستا است و محتوی آنها در زمینه چگونگی رعایت رژیم غذایی، فعالیتهای روزمره، فعالیت فیزیکی، تفریحات و حمایت های خانوادگی بوده است. یکی از تفاوتهای اساسی در مدل مراقبتی ۵آ در مقابل برنامه خودمراقبتی، ارائه آموزش بر اساس نیاز و فرم بررسی و شناخت، تهیه چک لیست، راهنمایی در هر مرحله، توافق عملی با بیمار و پی گیری های مداوم به صورت حضوری و تلفنی می باشد. با توجه به اینکه مطالعات مشابه بر روی روش های مقابله ای در دسترس نبود به همین دلیل محقق نتایج مداخله ای این پژوهش را با مداخله برنامه خودمراقبتی مقایسه کرده است. نتایج پژوهش سیام و همکاران در جراحی قلب[۱۹] و شایقیان و همکاران(۲۰۱۶) در بیماران دیابتی نیز تاثیر برنامه های آموزشی را بر روی روش های مقابله‌ای موثر نشان دادند[۴۰] که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت داشته است.

ریدا و پرز راسا (۲۰۱۳) معتقدند که آموزش نقش مهمی در کسب راههای مقابله ای سازنده در مدیریت فشارخون در درازمدت دارد[۲۶]. در پژوهش سیام و همکاران پس از آموزش در گروه آزمون میزان میانگین نمرات روشهای مقابله ای هیجان مدار کاهش قابل ملاحظه ای داشت[۱۹]. در نتایج گراون و گرانت (۲۰۱۳) مشخص گردید که روش های مقابله ای مسئله مدار در مقابل روش های مقابله ای هیجان مدار باعث سهولت در خودمراقبتی و تصمیم گیری سازنده شده که این خود عامل تعیین کننده فعالیتهای هدفمند در تثبیت سلامتی می باشد[۴۱].

در مطالعه آلنریواجی و همکاران (۲۰۱۱) ۵۳/۳ درصد از بیماران که کنترل فشارخون داشته اند از روش های مقابله ای منفی (هیجان مدار) کمتر استفاده می کردند[۳۶]. استفاده از روش های مقابله ای هیجان مدار به طور معنی داری با عصبانیت، اضطراب و افسردگی در ارتباط است که این عوامل خود در افزایش خون نقش دارد[۳۸].

در پژوهش حاضر پژوهشگر اختلاف معنی دار ی در روش مقابله ای هیجان مدار در دو گروه مشاهده نکرد. البته لازم به ذکر می باشد که میزان میانگین نمرات روش های مقابله ای هیجان مدار در مجموع در حد کم بوده است، شاید به همین دلیل تفاوت قابل ملاحظه ای مشاهده نشد. در پژوهش عابدینی و همکاران نیز در گروه بیماران نسبت به گروه سالم میانگین نمرات هیجان مدار کمتر بوده است به اعتقاد نویسنده مقاله تحصیلات و کند بودن

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

سیر بیماری و طولانی بودن بیماری در انتخاب روش مقابله. ای تاثیر داشته است[۳۸].

در پژوهش حاضر همانند پژوهش عابدینی افراد مورد پژوهش در هر دو گروه باسواد و درصد بالایی میزان تحصیلات شان دیپلم بوده است واین احتمال وجود دارد که تحصیلات می تواند یکی از عوامل تاثیر گذار در این امر باشد و معمولا افراد تحصیل کرده با علم بیشتر نسبت به بیماری بهتر می توانند موقعیت خود را کنترل کنند.

سن و جنسیت[۲۵] و تحصیلات[۴۲] از عوامل تاثیر گذار بر روی روش های مقابله ای می باشد. در مطالعه حاضر پژوهش بر روی سالمندان جوان مرد (۶۰-۷۴ سال) صورت گرفته است و در هر دو گروه مردان از روش های مقابله ای هیجان مدار کمتری استفاده می کرند. برای تبیین این یافته می توان گفت که مردان جوان شرکت کننده در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن سطح سواد و جنس و سن شاید کمتر در معرض عوامل تنیدگی آور قرار گرفته و یا توانسته اند آن را تحت کنترل بگیرند، به اعتقاد پرهام و همکاران بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند از آگاهی بالاتری نسبت به عوارض بیماری، چگونگی مصرف دارو و رعایت غذایی برخوردارند[۴۳] و می توان انتظار استفاده کمتر از روش های مقابله ای هیجان مدار را داشت و در گروه آزمون آموزش توانسته بود نمرات مسئله مدار را ارتقاء دهد. پژوهش حاضر فقط در مردان انجام شده است. همانطور که اشاره شد علاوه بر تحصیلات، سن و جنسیت هم می تواند از عوامل تاثیرگذار باشند. در پژوهش دیسکسون و همکاران(۲۰۱۳) زنان بیشتر از مردان از روش های مقابله ای مسئله مدار استفاده می کردند و خودمراقبتی بهتری نسبت به مردان داشته اند[۴۴]، در حالی که در پژوهش های دیگر، مردان بیشتر از زنان از روش مقابله ای مسئله مدار استفاده می کردند و از رفاه بالاتری برخوردار بودند[۲۳،۳۶]. در رابطه با سن می توان به مطالعه کارا و آکیکل (۲۰۱۲) اشاره کرد که سن از عوامل تاثیر گذار در استفاده از روش های مقابله ای بوده است[۴۵]. در حالیکه ناهلن و همکاران(۲۰۱۰) بین سن و روش مقابله ای و خودمراقبتی ارتباط معنی دار نیافتند[۲۴]. با جمعیت رو به رشد سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن مراقبین بهداشتی باید استراتژهای لازم برای شناسایی روش مقابله ای را به دقت ارزیابی کنند[۲۵]. به نظر می رسد با افزایش سن، بیماری، کاهش فعالیت، کاهش ارتباط با دوستان در نهایت تغییر در سبک زندگی باعث افزایش بار بیماری بر روی یک سالمند شده و این امر بر روی چگونگی استفاده از روش های مقابله ای مناسب تاثیر بگذارد.

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد که بررسی و شناخت دقیق مددجو، ارتقا سطح دانش مددجو، راهنمایی و پیگیری می تواند روی میانگین نمرات روش مقابله ای مسئله مدار و در نهایت رفتارخودمراقبتی تاثیر بگذارد. مراقبین بهداشتی باید در مراقبت های خود به نوع استفاده از روش های مقابله ای و عوامل تاثیر گذار در بیماران توجه داشته باشند. مدیریت در بیماریهای مزمن از قبیل پرفشاری خون باید برای درازمدت برنامه ریزی شود زیرا در پژوهش موتامی موتو و همکاران (۲۰۱۴) فقط ۳۳/۴ درصد از بیماران فشارخون خود را کنترل می کردند[۴۶] و در مطالعه دیگری تقریبا نیمی از بیماران فشارخون خود را کنترل و پیگیری نمی کردند[۴۷]. به همین خاطر اینا و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که دستیابی به فشارخون هدف در بیماران با پر فشاری خون یک چالش است[۱۸]. شناسایی روش های مقابله ای، ارتقاء سطح دانش، ایجاد انگیزه، تشویق، داشتن سیستم های حمایتی مناسب و قوی، پی گیری توسط مراقبین بهداشتی از عوامل تاثیر گذار بر خودمراقبتی و در نهایت کیفیت زندگی سالمندان می باشد.

با روند رو به رشد سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن، تاثیر روش مقابله ای مسئله مدار بر روی رفتارهای خود مراقبتی، عدم پیگیری تقریبا نیمی از بیماران مبتلا به پرفشاری خون خصوصا در سالمندان، ارتباط مثبت دانش با استفاده روش مقابله ای مسئله مدار ضرورت انجام آموزش با شکل برنامه ریزی شده مطلوب مانند برنامه خودمدیریتی ۵آ برای افزایش رفاه و در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

نهایت ارتقاء کیفیت زندگی را ضروری می سازد و به دلیل کاهش مطالعات در سالمندان پیشنهاد می گردد در زمینه "بررسی روش های مقابله ای در سایر بیماری های مزمن در سالمندان و عوامل موثر و ارائه راهکارهای مناسب" مطالعه شود.

تقدیر و تشکر: بدینوسیله از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت مالی از تحقیق و از پرسنل محترم مرکز بهداشت شهرستان رامسر و همچنین شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و سپاس را داریم.

*این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بابل با شماره ۴۳۸۴ مورخه ۱۳۹۶/۳/۲و کد IRCT IRCT2017101132413N2 است.

▪ *References*

1. Torkani S. Older adults; self-efficacy &nursing.Tehran,Jameenegar,2015

2. Bani Asadi T, Jamalpoor, A. Improvement of Senile Chronic Disease Management with Health Information Technologies. Iranian of Health Information Management ۲۰۱۱;۷(۱):٤۳-۳۸. (Persian)

3. The Statistic Center of Iran, http://www.amar.orge.ir

4. Fotoukian Z, Mohammadi F, Falahi M. Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature.Health Promotion Management ۲۰۱۳;2(4):65-76. (Persian)

5. Jamshidi L, Seif A. Comparison of cardiovascular diseases risk factors in male and female older adults of Hamadan City, ۲۰۱٤. Journal of Gerontology. ۲۰۱٦;۱(۱):1-10.(Persian).

6. Charlotte *E*.gerontological nursing. Ghasemi S, Ghodrati V, Fallah E, Resaei F.Tehran. jemeenegar. 2010.

7. Blacher J, Levy B, Mourad J, Safar M, Bakris G. From epidemiological transition to modern cardiovascular epidemiology: hypertension in the ۲۱st century. The Lancet. ۲۰۱٦;۳۸۸(۱۰۰٤۳):٥۳۰-532.

8. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. Journal of Community Health. ۲۰۱۲;۳۷(۱):۱٥-۲٤.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

9. Schapira MM, Fletcher KE, Hayes A, Eastwood D, Patterson L, Ertl K, et al. The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale. Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn). ۲۰۱۲;۱٤(۷):٤٦۱-46٦.

10. Musavinasab M, Ravanipour M, Pouladi S, Motamed N, Barekat M. The effect of self-management empowerment model on the sense of coherence among elderly patients with cardiovascular disease. Educational Gerontology. ۲۰۱٦;٤۲(۲):۱۰۰-108. (Persian)

11. Global status report on noncommunicable diseases 2014.www.who.int/ncd.

12. Hidari H, Bolurchifard F, Yaghmaei F, Naseri N, Hamadzadeh S. The effect of short-term aerobic exercise on the blood pressure in elderly clients with hypertension. ۲۰۱٤;3(1):45-51. (Persian)

13. Beigi MAB, Zibaeenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. International Cardiovascular Research journal. ۲۰۱٤; ۸(۳):۹٤-98. (Persian)

14. Dolrat Rujiwatthanakorn OP, Porntip Malathum, Supachai Tanomsup Effectiveness of a Self-Management Program for Thais with Essential Hypertension. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. ۲۰۱۱;۱۵(۲):۹۷-۱۱۰.

15. Heidari M, Fayazi S, Borsi H, Moradbeigi K, Akbari Nassaji N. Effect of a self-management program based on ۵a model on dyspnea and fatigue severity among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Randomized Clinical Trial. Journal of Hayat. ۲۰۱۵;۲۰(٤):۸۹-99. (Persian)

16. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. ۲۰۱۲;۱۱(۱):1-6.

17. Eftekhar Ardebili H, Moradi H, Mahmoudi M. Effect of Educational Intervention based on the Health Belief Model in Blood Pressure Control in Hypertensive Women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱٤;۲٤(۱۱۹):٦۲-71. (Persian)

18 Aina F, Ajayi E, Kumolalo F, Inubile A. Coping strategies and blood pressure control among hypertensive patients in a nigerian tertiary health institution. Journal of Dental and Medical Sciences.2016;15(6):12-17.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

19. Seyam S, Hidarnia AR, Tavafian SS. Self-care education through coping style for patients after heart surgery. Journal of Isfahan Medical School. ۲۰۱۱;۲۹(135):1-12.

20. Nasiri M, Kheirkhah F, Rahimiyan B, Ahmadzadeh B, Hasannejad H, Mohamad Jahfari R. Stressful factors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. Journal of Critical Care Nursing. ۲۰۱۳;٦(۲):۱۱۹-1۲٦. (Persian)

21. Naderiravesh N, Abed SJ, Besharat MA, Darvish PA, Alavi MH. A review of the models and theories of adjustment to illness and disability. ۲۰۱٤;13(6):677-686

22. Park CL, Sacco SJ, Edmondson D. Expanding coping goodness-of-fit: religious coping, health locus of control, and depressed affect in heart failure patients. Anxiety, Stress & Coping. ۲۰۱۲;۲۵(۲):۱۳۷-1۵۳.

23. Li C-C, Shun S-C. Understanding self care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. European Journal of Cardiovascular Nursing. ۲۰۱٦;۱۵(۱):۱۲-1۹.

24. Nahlen C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. ۲۰۱۰;۹(۲):118-125

25. Falcone T, Dickstein L, Sieke EH, Franco KN. Coping with Chronic Medical Illness The Cleveland Clinic Foundation. 2014.

26. Rueda B, Pérez-García A. Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. Psychology & health. ۲۰۱۳;۲۸(۱۰):۱۱۵۲-1170.

27. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of quality of life and coping strategies in diabetic and non diabetic people. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. ۲۰۱۳;۲۰(۵):581-592. (Persian)

28. De Smedt R, Jaarsma T, Ranchor A, Van der Meer K, Groenier K, Haaijer-Ruskamp F, et al. Coping with adverse drug events in patients with heart failure: Exploring the role of medication beliefs and perceptions. Psychology & health. ۲۰۱۲;۲۷(۵):۵۷۰-5۸۷.

29. Seyam S, Hidarnia AR, Tavafian SS. Self-care Education through Coping Style for Patients after Heart Surgery. Journal of Isfahan Medical School. ۲۰۱۱;۲۹(135):433-444.

30 . Payamani F. Miri M. Jahani U. Assessment of different methods to cope with stress amongst patients suffer from MS in MS Association in Tehran City in 2008. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2013;2(3):47-56. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

31. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. ۲۰۱٤;۱۳(٦):٤۸۷-494. (Persian)

32. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱٦;۲۵(۱۳۲):۱۰۳-112. (Persian)

33. Panthee B, Kritpracha C, Chinnawong T. Correlation between coping strategies and quality of life among myocardial infarction patients in Nepal. Nurse Media Journal of Nursing. ۲۰۱۱;۱(۲):۱۸۷-۱۹٤.

34. Fatehi Z, Ravari A, Khodadadi A, Hydari S. The effect of coping strategies training on hemodialysis patients' quality of life. Evidence Based Care. ۲۰۱۳;۲(٤):۷۵-83. (Persian)

35. Ariff F, Suthahar A, Ramli M. Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. Singapore medical journal. ۲۰۱۱;۵۲(۱):۲۹-۳٤.

36. Olanrewaju T, Aderibigbe A, Chijioke A, Sanya E, Busari O, Kolo P, et al. Descriptive analysis of blood pressure control among treated hypertensive patients in a tertiary hospital in Nigeria. African journal of medicine and medical sciences. ۲۰۱۱;٤۰(۳):۲۰۷-212.

37. Mahmood AM, Bakhshipor A, Esmaeli M, ToofanTM. Personality traits and coping styles in patients with essential hypertension. ۲۰۱۰;23(10):61-66.

38. Abedini SM, Montazeri S, Khalatbari J. Comparison between Styles of Coping with Stress in Patient withMultiple Sclerosis and Healthy people in the East of Mazandaran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱۲;۲۲(۹٤):۷۱-7۷.(Persian)

39. Aina F, Ajayi E, Kumolalo F, Inubile A. Coping Strategies and Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in a Nigerian Tertiary Health Institution.2016;15(6):12-17.

40. Shayeghian Z, Hassanabadi H, Aguilar-Vafaie ME, Amiri P, Besharat MA. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes management: the moderating role of coping styles. PloS one. ۲۰۱٦;۱۱(۱۲):1-14

41. Graven LJ, Grant JS. Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. ۲۰۱۳;٤۲(۳):۱۸۳-۱۹٤.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]

42. Abedini SM, Montazeri S, Khalatbari J. Comparison between styles of coping with stress in patient withmultiple sclerosis and healthy people in the east of mazandaran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱۲;۲۲(۹٤):۷۱-۷۷. (Persian)

43. Parham M, Riahin A, Jandaghi M, Darivandpour A. Self care behaviors of diabetic patients in Qom. ۲۰۱۳;6(4):81-87. (Persian)

44. Dickson VV, Mccarthy MM, Katz SM. How do depressive symptoms influence self-care among an ethnic minority population with heart failure? Ethnicity & disease. ۲۰۱٦;۲۳(۱):۲۲-۲۸.

45. Kara B, Açıkel CH. Predictors of coping in a group of Turkish patients with physical disability. Journal of clinical nursing. ۲۰۱۲;۲۱(۷- ۸):۹۸۳-۹۹۳.

46. Mutua EM, Gitonga MM, Mbuthia B, Muiruri N, Cheptum JJ, Maingi T. Level of blood pressure control among hypertensive patients on follow-up in a regional referral hospital in Central Kenya. The Pan African medical journal. ۲۰۱٤;18(278):1-10.

47. Asgedom SW, Gudina EK, Desse TA. Assessment of Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Southwest Ethiopia. PloS one. ۲۰۱٦;۱۱(۱۱):1-12

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-04-23]