



بررسی تاثیر برنامه آموزش خودمدیریتی با استفاده از حمایت همتا

بر میزان تبعیت از درمان در بانوان مبتلا به پرفشاری خون

سید احسان اسدی^۱-فرزانه سلمان دهکردی^۲

۱-دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، ایران

۲-کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

چکیده:

مقدمه و هدف: پرفشاری خون شایع ترین بیماری مزمن و یک چالش عمده در بهداشت عمومی جهانی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش خودمدیریتی با استفاده از حمایت همتا بر میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. **مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۹۰ بیمار خانم مبتلا به پرفشاری خون در شهر کاشان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. بیماران به روش تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. قبل از مداخله، دو گروه پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و تبعیت از درمان را تکمیل نمودند. گروه مداخله، به وسیله همتا در ۵ جلسه در طول ۵ هفته آموزش دیدند. گروه کنترل مراقبتهای معمول را دریافت کردند. دو گروه بلافاصله پس از پایان مداخله و ۴۵ روز بعد آن مجددا پرسشنامه را تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمونهای تی تست، کای اسکور، ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** دو گروه قبل از مداخله از نظر مشخصات دموگرافیک و نمره تبعیت از درمان تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p > 0.05$). ولی بلافاصله بعد از مداخله و ۴۵ روز بعد از آن تفاوت آماری معناداری در نمره کل تبعیت از درمان، و همه ابعاد آن بجز بعد مصرف سیگار در دو گروه وجود داشت ($p < 0.05$). نتایج آزمون آنالیز واریانس تکراری نشان داد که تغییرات میانگین تبعیت از درمان در طول زمان متفاوت بود و اثر متقابل گروه و زمان در مورد این متغیر معنادار بود ($p < 0.05$). **نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش از طریق حمایت همتا باعث ارتقا تبعیت از درمان در طول زمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می شود.

کلیدواژه ها: پرفشاری خون، تبعیت از درمان، همتا



مقدمه:

پرفشاری خون یک بیماری مزمن نیازمند درمان طولانی مدت است که با وجود بی علامت بودن، منجر به شکایات و عوارض کشنده می شود (۱). از لحاظ بالینی فردی را مبتلا به فشارخون می دانند که فشارخون سرخرگی او بیش از ۱۴۰/۹۰ باشد (۲). پژوهش های صورت گرفته حاکی از آنست که پرفشاری خون، خطر بروز تصلب شرایین، بزرگ شدن بطن چپ، بیماری عروق قلبی و سکته قلبی را افزایش می دهد، لذا قاتل خاموش نامیده می شود (۳). تقریباً ۷۰٪ از زنان و ۶۵٪ از مردان بالای ۶۵ سال دچار بیماری فشارخون هستند و حدود یک میلیارد نفر در جهان از فشار خون بالا رنج می برند و سالانه ۷ میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند (۴). علیرغم پیشرفت های درمانی حدود نیمی از بیماران قادر به کنترل فشارخون خود نیستند. با وجود آنکه ۷۰٪ بیماران مبتلا به فشارخون از بیماری خود آگاه و ۶۰٪ آن ها تحت درمان هستند. تنها ۳۴٪ موفق به کنترل بیماری خود شده اند (۵). گزارشات پزشکی نشان می دهد که شکست در کنترل فشارخون ریشه در عدم تمکین دارویی دارد (۶). متأسفانه بیشتر تحقیقات به پرس و جو در تمکین دارویی محدود شده اند و یافته ها در مورد فرایند تصمیم گیری در زمینه خودتنظیمی فشارخون توسط بیمار بسیار ناچیز است (۷)، لذا کنترل فشارخون به درجه معینی از خودتنظیمی نیاز دارد (۸). خودتنظیمی شامل کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، اجتناب از فشارهای روحی - روانی، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب دارو طبق تجویز پزشک می باشد. علاوه بر این سایر مداخلات آموزشی توسط پرستاران از طریق اینترنت، تلفن، مشاوره گروهی، آموزش به شیوه بحث گروهی، آموزش فردی-گروهی انجام می گردد (۷، ۸). پیامد عدم کنترل فشارخون می تواند سبب بروز تصلب شرایین (آترواسکلروز)، سکته مغزی و حمله قلبی، آنوریسم آئورت، بزرگی قلب، آسیب کلیه و چشم گردد (۹).



یکی از رفتارهای مرتبط با درمان بیماری که نتیجه درمان موفقیت آمیز آن را پیش بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می کاهد، تبعیت از درمان^۱ است (۱۰). بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به علت خستگی ناشی از درمان طولانی مدت و ناامیدی از درمان قطعی، پی گیری درمان توصیه شده را رها ساخته یا نادیده می گیرند (۱۱). عدم تبعیت از درمان که به صورت "میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه های سلامتی یا درمانی" تعریف می شود، یک فرایند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تاثیر می گذارند (۱۲). از آنجایی که تبعیت از برنامه های درمانی و داروهای تجویز شده یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است، در صورت عدم تبعیت از برنامه های درمانی، این بیماران بطور واضح گرفتار عواقب وخیم بالینی خواهند شد. همچنین موجب کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر و تحمیل هزینه های اضافی بر خدمات مراقبتی کشور می گردد (۱۳).

یکی از راههای ارتقا تبعیت از درمان در فرد، ایجاد خودمدیریتی در وی است. خودمدیریتی به توانایی های فردی در کنترل علائم، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی و در بیماری های مزمن مثل بیماری های قلبی-عروقی به کنترل تغییرات تفکیک ناپذیر سبک زندگی اشاره دارد (۱۴).

امروزه آموزش به عنوان یکی از راههای انتقال مفاهیم، دستاوردهای جدید علوم و نتایج تلاش های علمی، توانسته گامی والا در راستای یادگیری و ارتقای عملکرد فراگیران در جامعه علمی داشته باشد، یکی از روش های آموزشی نوین، آموزش همتا است (۱۵). آموزش همتا، فرایندی است که در آن افراد درگیر بیماری، با انگیزه و خوب آموزش دیده، مسئولیت آموزش سازمان یافته یا محاوره ای را به همتایانشان به عهده می گیرند. این فرایند در جهت توسعه میزان آگاهی، نگرش، باورها و مهارت های افراد و توانمندسازی آنان برای قبول مسئولیت و حفاظت از سلامتی شان هدفمند شده است (۱۶).

¹ Adherence to treatment



مطالعات در خصوص تاثیر گروههای حمایتی همتا برای مبتلایان به بیماریهای مزمن نشان می دهد که آموزش از طریق همتایان فرصتی برای اشتراک دانش تجربی، ایجاد می کنند، به بیماران در اعتبار بخشیدن به تجربیات فردی، افزایش آگاهی از حیطه های درمانی و بهبودی و تطابق با بیماری در بیماریهای مزمن کمک می کنند و یکدیگر را در کسب مهارت یاری می دهند (۱۷).

با توجه به اهمیت استفاده از آموزش همتا در کنترل بیماریهای مزمن و همچنین شیوع ۲۷ درصدی فشارخون در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال (۱۸)، کنترل این بیماری خصوصا از طریق اصلاح سبک زندگی و تبعیت از درمان حائز اهمیت است. توجه به این مطلب حائز اهمیت است که آموزش از طریق همتا بر مسئول کردن افراد و افزایش استقلال در رفع نیازهای مربوط به خود و ارتقاء سلامت بیمار نقش مهمی دارد. نتایج جستجوی محققین در منابع اطلاعاتی نشان داد تنها یک مطالعه در کشور ایران انجام شده که به بررسی آموزش از طریق گروه همتا در مبتلایان به پرفشاری خون جهت رسیدن به تبعیت از درمان پرداخته که در پیشنهاداتش انجام پژوهش بیشتر در این زمینه را توصیه نموده است. همچنین با توجه به ماهیت مزمن این بیماری که هم باعث عوارض جسمی (سکتة مغزی، لخته شدن خون، سردرد و...) و هم روانی از جمله اضطراب، افسردگی و تضعیف روحیه در بیماران می شود، لذا این سوال در ذهن پژوهشگر ایجاد شد که آیا استفاده از گروه همتا در آموزش می تواند بر تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به فشار خون بالا تاثیر گذار باشد، بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اثر آموزش توسط همتا بر تبعیت از درمان مبتلایان به پر فشاری خون در شهر کاشان انجام شد.

روش کار:



Study design and participants

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که از سپتامبر تا دسامبر سال ۲۰۱۹ بر روی ۹۰ بیمار خانم مبتلا به هایپرتنشن، مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان شهید بهشتی کاشان، ایران انجام شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول میانگین ها و بر اساس مطالعه مشابه (۱۹) با در نظر گرفتن میانگین نمره تبعیت از درمان بعد از مداخله در گروه کنترل 82.71 ± 14.03 و میانگین نمره تبعیت از درمان بعد از مداخله در گروه مداخله 92.47 ± 15.9 و $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.2$ و توان ۸۰ درصد، ۳۷ نفر به دست آمد که برای جبران ریزش نمونه و دقت بیشتر حجم نمونه در هر گروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)} = \frac{(14.03)^2 + (15.39)^2 (z_{1-\frac{0.05}{2}} + z_{1-0.2})^2}{(82.71 - 92.47)} = 37$$

در ابتدا ۱۲۱ بیمار جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند که پس از بررسی توسط پژوهشگر ۳۱ نفر آنها از مطالعه خارج شدند، ۱۲ نفر به علت عدم رضایت به شرکت در مطالعه و ۲۹ نفر به علت نداشتن معیارهای ورود از پژوهش خارج شدند. سپس ۹۰ نمونه باقی مانده بطور تصادفی بلوکی در دو گروه آزمون (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) قرار گرفتند. در طول پژوهش نمونه ها ریزش نداشتند (شکل ۱).

مطالعه در دو مرحله انجام شد. مرحله اول انتخاب همتایان و آموزش آنها و مرحله دوم آموزش همتایان به بیماران بود.

مرحله اول: انتخاب همتایان و آموزش آنها

معیارهای ورود همتا به مطالعه شامل ابتلا به بیماری هایپرتنشن که حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری اش گذشته باشد، دارای ارتباطات اجتماعی مناسب، خوش رویی، توانایی اداره جلسات و علاقه برای رهبری گروه داشته باشد. معیارهای خروج همتا از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه همکاری حین انجام مطالعه، ایجاد مشکلات پزشکی برای همتا در طی مطالعه مثل بستری شدن.



بمنظور انتخاب گروه همتا ۱۵ نفر از بیماران دارای پرفشاری خون که معیارهای ورود همتا را داشتند، بعنوان همتا انتخاب و مورد آموزش قرار گرفتند. بمنظور اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان سازی شیوه آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از چک لیست روایی سنجی شده توسط حیدری بنی و همکارانش با ۱۵ سوال سه گزینه ای (بلی، تا حدودی، خیر) تمامی مراحل آموزش را که شامل مقدمه و آشنایی، ارزشیابی و رفتارهای مشاوره‌ای و آموزشی بود، در آنان بررسی نمود (۲۰) و از بین آنان ۱۰ نفر از همتایانی که دارای بالاترین نمره بودند را انتخاب نمود. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ بود.

پس از انتخاب همتا، در مرحله مقدماتی همتا معرفی شده و اهداف جلسه و مقررات آن برایش توضیح داده شد. محتوای آموزشی درخصوص پرفشاری خون آموزش داده می‌شد. در این زمینه از وسایل سمعی، بصری و بحث و تبادل نظر استفاده گردید. سپس کتابچه‌ای در مورد بیماری فشارخون (شامل تعریف بیماری فشارخون، علائم، درمانهای دارویی و مدیریت غیردارویی شامل: چگونگی کنترل وزن روزانه، رژیم غذایی، فعالیت بدنی، کنترل استرس و عدم مصرف سیگار و مشروبات الکلی و مانیتور کردن فشار خون به عنوان یک برنامه خودمدیریتی جهت تبعیت از درمان) در اختیار همتا قرار گرفت. محتوای این کتابچه توسط اعضا هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که متخصص در زمینه قلب و عروق بودند، مورد تایید قرار گرفت. جلسات آموزش همتا بصورت ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد (۲۱).

محتوای جلسات آموزش به همتا

تعداد جلسه	مدت جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	۴۵ دقیقه	آشنایی با مطالعه و توضیح اهداف پژوهش و هماهنگی لازم با مبتلایان فشار خون بالای قطعی تایید شده که شرایط همتا را احراز نمودند
جلسه دوم	۴۵ دقیقه	- توانمندی همتا جهت تعریف پرفشاری خون و مکانسیم و علت و دلایل ایجاد بیماری، عوامل افزایش دهنده خطر شامل: (استرس، سیگار، بی حرکتی، غذاهای پر نمک و پر چربی و...) توسط محقق اول



4th International Conference on Nursing, Midwifery and Care

۱۸ اسفند ماه ۱۴۰۲ ————— مجلات معتبر بین المللی

جلسه سوم	۴۵ دقیقه	<p>- بیان نحوه تنظیم غذا و عادات مضرر توسط همتا و آموزش در مورد نحوه تنظیم رژیم غذایی (تهیه لیست مواد غذایی مضر)</p> <p>- آموزش در مورد ترک دخانیات و عوارض ناشی از مصرف آن بر سیستم قلبی عروقی توسط محقق</p>
جلسه چهارم	۶۰ دقیقه	<p>- بیان نحوه ی انجام فعالیت توسط همتا و توانمندی او در مورد میزان تحرک و فعالیت مناسب در دوران مختلف بیماری و نقش آن در کنترل فشارخون</p> <p>- بیان نحوه ی خودمدیریتی توسط همتا و آموزش نحوه ی خودمدیریتی (خودارزیابی ، خودگزارشی ، خود مراقبتی و خود کنترلی.....) در کنترل عوامل خطر و فشار خون در بیماران توسط محقق</p>
جلسه پنجم	۶۰ دقیقه	<p>- بیان نحوه ی تنظیم دارو توسط همتا و آشنایی همتا با داروهای فشار خون و تاکید به مصرف منظم آنها</p> <p>- آموزش چهره به چهره عوارض ناشی از عدم مصرف یا مصرف بیش از دوز تجویز شده دارو به همتا</p> <p>- تحویل برونشورآموزشهای خودمدیریتی در زمان مصرف دارو و کنترل دوز مصرفی آن به همتا</p> <p>- آموزش مستقیم و تحویل برونشور مدیریت خشم و استرس به همتا</p>

مرحله دوم: آموزش همتایان به بیماران

ابتدا بیماران دو گروه پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، تبعیت از درمان را تکمیل نمودند. در مرحله دوم همتا به گروه مداخله معرفی شد و جهت سهولت در آموزش، بیماران مبتلا به پرفشاری خون (۴۵ نفر) به گروه های ۱۵ نفری (۳ گروه) تقسیم شد. همتایان مواردی را که آموزش دیده بودند را به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ ، در سه روز زوج هفته (هر روز برای یک گروه و توسط یک همتا) و به مدت ۵ هفته به بیماران آموزش دادند. جلسات آموزشی در زیرزمین بیمارستان شهید بهشتی کاشان در کلاس پوست جنب سالن



کنفرانس برگزار شد. به منظور اجرای کار، ابتدا دو پرسشنامه تبعیت از درمان و خودمدیریتی در بین افراد گروه مداخله و کنترل توزیع و پس از پاسخگویی جمع آوری گردید. سپس هرگروه، آموزش اختصاصی را توسط فرد همتای معرفی شده دریافت نمودند. آموزش شامل ۵ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ای بود. در گروه کنترل مراقبتهای معمول کنترل فشارخون را دریافت نمودند. پس از پایان جلسات آموزشی مجدداً دو پرسشنامه تبعیت از درمان و خودمدیریتی در بین افراد گروه مداخله و کنترل توزیع و پس از پاسخگویی جمع آوری گردید. همچنین برای پیگیری بیماران و بررسی اثربخشی مداخله، ۴۵ روز پس از آن، محقق اول با بیماران تماس تلفنی برقرار کرد و آنان را برای تکمیل مجدد پرسشنامه دعوت کرد. در هنگام مراجعه پرسشنامه ها توسط همکار پژوهشگر مجدداً تکمیل شد.

Measurements

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل سه بخش بود: الف) فرم اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، تأهل، تحصیلات، تعداد فرزندان، درآمد، نوع درمان فشارخون، مدت زمان ابتلا به فشار خون؛ ب) پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون توسط پروفسور چن^۲ و همکاران با عنوان پرسشنامه TAQPH^۳ طراحی و روان سنجی شده است. این مقیاس شامل ۲۳ گویه است و شامل ۴ زیرمقیاس تبعیت دارویی، تبعیت غذایی، تحرک و مصرف دخانیات در لیکرت ۵ درجه ای است که روایی آن مورد تایید و پایایی آن ۰/۸۲ تعیین شده است (۲۲). در ایران توسط دهقان و همکاران در سال ۲۰۱۶، این مقیاس ترجمه و روان سنجی شد. ضریب آلفا کرونباخ مقیاس ۰/۷۶ و ضریب آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۴ است (۲۳). نمرات حاصل از این مقیاس از ۲۳ تا ۱۱۵ متغیر است. کسب نمره ۸۶ و بالاتر به معنی تبعیت از درمان می باشد. در مطالعه حاضر آلفا کرونباخ آن ۰/۷۵ محاسبه شد.

Data Analysis

^۲ Chen

^۳ Treatment Adherence Questionnaire for Patient with Hypertension (TAQPH)



داده هادر نرم افزار SPSS16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) وارد شد و نرمالیتی متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. از آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف و طبقه بندی داده ها استفاده شد. از تست دقیق فیشر و کای اسکور برای مقایسه اطلاعات دموگرافیک استفاده گردید. برای مقایسه متغیرهای کمی نرمال در دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت مقایسه نمره میانگین نمره تبعیت از درمان و رفتار خودمدیریتی قبل و بلافاصله و ۴۵ روز بعد از مداخله در دو گروه از آزمون repeated measures ANOVA استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Ethical considerations

This study received the registration number IRCT20100829004655N11 in the Iranian Registry of clinical trials.

مجوز انجام مطالعه حاضر از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان (با کد ۹۸۰۵۰) و مجوز انجام از کمیته اخلاق IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1398.046 اخذ شد. همچنین پژوهشگران با کسب مجوز از مسئولین بیمارستان شهید بهشتی کاشان به درمانگاه قلب بیمارستان مراجعه نمودند و پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش برای بیماران دارای معیار ورود به مطالعه، رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش از آنان اخذ شد. در این پژوهش اصول بیانی هلسینکی ۲۰۰۲ رعایت شد. به نمونه های مورد پژوهش اطمینان داده شد که شرکت یا عدم شرکت آنها در مطالعه تاثیری در روند درمان آنان نخواهد داشت و هر زمان که بخواهند می توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه هیچ هزینه ای را برای آنان در بر نخواهد داشت.



نتایج:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین سنی گروه مداخله و کنترل به ترتیب $51/11 \pm 53/56$ و $48/77 \pm 10/65$ بود. همچنین نتایج نشان داد ۲۷ نفر (60%) گروه مداخله و ۲۸ نفر ($62/2\%$) گروه کنترل مرد بودند. در گروه مداخله ۴۳ نفر ($95/6\%$) و در گروه کنترل ۴۱ نفر ($91/1\%$) متأهل بودند. آزمون های تی تست و کای دو تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک نشان نداد ($p > 0/05$) و هر دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول شماره ۱).

مقایسه دو گروه بلافاصله بعد از پایان جلسات و ۴۵ روز بعد از مداخله نشان داد تفاوت آماری معناداری در نمره کل تبعیت از درمان و همه ابعاد آن بجز بعد مصرف دخانیات در دو گروه وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج نشان داد بین نمره کل تبعیت از درمان در دو گروه مداخله ($83/35 \pm 12/34$) و کنترل ($84/10 \pm 91/32$) قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). نتایج نشان داد بعد از پایان جلسات و ۴۵ روز پس از آن، نمره تبعیت درمان گروه مداخله به ترتیب $89/62 \pm 7/98$ ، $93/95 \pm 8/47$ بود، در صورتیکه در گروه کنترل نمره تبعیت از درمان در این زمانها به ترتیب $84/04 \pm 9/17$ و $84/46 \pm 10/06$ بود. نتایج آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری بین دو گروه در این دو زمان نشان داد ($p < 0/05$). نتایج آزمون آنوا با اندازگیرهای مکرر نشان داد که تغییرات میانگین نمره تبعیت از درمان و زیر مقیاسهای آن (تبعیت دارویی، تبعیت غذایی و تحرک) در طول زمان متفاوت و افزایش معنی دار داشت. همچنین این آزمون نشان داد اثر گروه نیز در مورد میانگینهای متغیرهای فوق معنادار می باشد ($p < 0/05$) (جدول شماره ۲).

بحث:

مطالعه حاضر نشان داد برنامه آموزش خودمدیریتی با استفاده از حمایت همتا باعث افزایش نمره کل تبعیت از درمان و ابعاد آن (تبعیت دارویی، غذایی، تحرک) بجز بعد دخانیات در طول مطالعه شد.



پژوهشهای خسروی و همکاران (۲۰۱۶)، مسرور رودساری و همکاران (۲۰۱۷) تاثیر مثبت آموزش همتا بر رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران دیابتی و فشارخونی در زمینه رعایت رژیم درمانی است (۲۴، ۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. در پژوهش رودساری و همکاران (۲۰۱۷) مانند پژوهش حاضر آموزش توسط همتا باعث افزایش تبعیت دارویی بیماران فشارخونی بعد از مداخله شده است (۲۵). پژوهش آنها نشان داد دو ماه پس از پایان مداخله نیز تبعیت دارویی بیماران همچنان معنادار است که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. تفاوت مطالعه وی با پژوهش حاضر در این است که در پژوهش رودساری و همکاران (۲۰۱۷) فقط یک زیر مقیاس تبعیت از درمان که تبعیت دارویی است بررسی شده است ولی در پژوهش حاضر تمام زیر مقیاسهای تبعیت از درمان شامل تبعیت دارویی، تبعیت غذایی، تحرک و دخانیات مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش صادقی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد آموزش توسط فرد همتا برای سالمندان مبتلا به به پرفشارخون، یک بار در هفته به مدت ۶ هفته توانسته است تبعیت رژیم غذایی آنان را بهبود بخشد (۲۶). این مطالعه از نظر زیر مقیاس رعایت تبعیت غذایی با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

رشیدی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که حمایت همتا توانسته است بیشترین تاثیر را بر توان رعایت رژیم غذایی صحیح، داشتن فعالیت بدنی و مصرف صحیح داروها در بیماران دیابتی داشته باشد (۲۷). نتایج پژوهش آنها با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در پژوهش آنها نیز آموزش از طریق همتا توانسته است همه زیر مقیاسهای تبعیت از درمان بجز مصرف دخانیات را بهبود بخشد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. تفاوت پژوهش آنها با مطالعه حاضر در نوع بیماران مورد بررسی می باشد. شاید دلیل معنادار نشدن زیر مقیاس مصرف دخانیات در این باشد که بیماران به دلیل عادت در مصرف دخانیات و وابسته شدن به آن نتوانستند میزان مصرف آن را کم کنند. بنابراین برای حل این مشکل باید روی تغییر نگرش و باور این بیماران کار نمود.

نتایج مطالعه مروتی و همکاران (۲۰۱۲) نیز در بررسی تاثیر آموزش تغذیه توسط همتایان و پرسنل بهداشتی بر آگاهی، نگرش و شاخصهای تغذیههای زنان دیابتی تایید می نمایند که همتایان در مقایسه با پرسنل بهداشتی



بیشتر بر شاخص های تغذیه ای و نگرش همتایان خود موثرند. حتی پیشنهاد نمودند که در آموزش تغذیه، همتایان بیشتر مورد استفاده قرار گیرند (۲۸). داله^۴ و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی تاثیر حمایت همتا مبتنی بر استفاده از تلفن در بیماران دیابتی پرداختند، نتایج نشان داد که حمایت همتا سبب افزایش خودکارآمدی و کاهش سطح هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران می شود. از طرفی هر چقدر تعداد تماس همتایان بیشتر و با فاصله زمانی کوتاهتری باشد، می توانند موثرتر باشند (۲۹) که این نکته در مطالعه ی حاضر رعایت شده است. گونزالز^۵ و همکاران (۲۰۱۵) نیز در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که آموزش افراد دیابتی توسط همتا در کنترل و درمان بیماری در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی بالاتری دارد (۳۰). آموزش همتا علاوه بر اثربخشی بالا، باعث تعدیل در هزینه های آموزش بیماران نیز می شود. فرد همتا می تواند ارتباط موثرتر و تاثیرگذاری بیشتری بر روی همنوعان خود بگذارد و آنها را به تبعیت از درمان تشویق کند (۳۱). با توجه به شرایط ویژه بیماران مبتلا به پرفشاری خون، استفاده از همتایان می تواند در رفع مشکلات ناشی از اجرای برنامه های آموزشی کمک کننده باشد (۳۲).

تفضیلی و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند حمایت همتا بر شروع زودرس شیردهی در زنانی که تازه زایمان نموده اند تاثیری ندارد. علت آن می تواند این باشد که آنها آموزشها را طی زمان کوتاهی، تنها طی یک جلسه حضوری به مادران باردار در ماههای ۳۶-۳۸ بارداری ارائه داده اند (۳۳). اسمیت^۶ و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه ای با عنوان "بررسی تاثیر حمایت همتا بر بیماران دیابتی نوع دو". با برگزاری نه جلسه آموزش گروهی همتایان به بیماران در ماه اول، ماه دوم، و سپس هر ۳ ماه تا دو سال نشان دادند که حمایت همتا به طور ناچیز سبب کاهش میزان H1C و بهبود میزان سلامتی بیماران دیابتی می شود (۳۴). به نظر می رسد دلیل عدم

⁴ Dale

⁵ González

⁶ Smith



همخوانی مطالعه وی و پژوهش حاضر در فاصله دار بودن آموزشهای همتا به بیماران و احتمالاً فراموش شدن آن می باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش توسط همتا تبعیت از درمان بیماران مبتلا به پر فشاری خون را افزایش می دهد. بنابراین استفاده از یک برنامه آموزشی با استفاده از افراد همتا می تواند در افزایش تبعیت از درمان بیماران مفید باشد. بر اساس نتایج پژوهش استفاده از همتایان به عنوان نیروهای حمایتی-آموزشی در کنار کادر درمان، بعلت لمس کردن بیماری، کنترل خوب آن، سهولت برقراری ارتباط و قدرت تاثیر آموزشی آنها، باعث می شود که بیماران نگرانیهای خود را به بحث گروهی گذاشته و به زبانی کاملاً ساده اطلاعات لازم را کسب نموده و سطح دانش خود را در مدیریت درمان بیماریشان افزایش دهند. از این رو توصیه می شود سیاستگذاران و مدیران مراکز ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی درمانی از وجود همتایان در آموزش بیماران به عنوان روش آموزشی آسان و در دسترس استفاده نمایند.

جدول ۱: توزیع مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

P-Value	کنترل n=45	مداخله n=45	گروهها		متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)			
* p =۰/۸۲۹	۲۸ (۶۲/۲)	۲۷ (۶۰)	زن	جنسیت	
	۱۷ (۳۷)	۱۸ (۴۰)	مرد		
* p =۰/۴۳۹	۲۳ (۵۱/۲)	۲۰ (۴۴/۴)	زیر دیپلم	میزان تحصیلات	
	۲۲ (۴۸/۹)	۲۵ (۵۵/۶)	دیپلم و بالاتر		
* p =۰/۳۹۸	۴ (۸/۹)	۲ (۴/۴)	مجرد	وضعیت تأهل	
	۴۱ (۹۱/۱)	۴۳ (۹۵/۶)	متاهل		
* p =۰/۱۸۶	۲۶ (۵۷/۸)	۳۲ (۷۱/۱)	شاغل	شغل	
	۱۹ (۴۲/۲)	۱۳ (۳۸/۹)	غیر شاغل		
** p=۰/۲۴	Mean±SD	Mean±SD	سن (سال)		
	۴۸/۷۷±۱۰/۶۵	۵۱/۵۳±۱۱/۵۶			
** p=۰/۳۹	۳/۱۵±۲/۴۴	۳/۵۷±۲/۲۰	تعداد فرزندان		
** p=۰/۱۵	۶/۳۵±۴/۰۹	۷/۸۲±۵/۳۹	مدت زمان تشخیص بیماری (ماه)		
** p=۰/۱۶	۶/۹۳±۲/۹۵	۷/۱۱±۵/۱۶	مدت زمان شروع درمان دارویی (ماه)		
** p=۰/۵۳	۲۶/۸۹±۴/۰۵	۲۷/۳۲±۲/۲۹	BMI		

** p=۰/۹۸	۱۵۱/۶۷±۱۷/۵۸	۱۵۱/۵۸±۱۸/۳۴	فشارخون سیستول (میلی متر جیوه)
** p=۰/۷۶	۱۵۱/۵۸±۱۸/۳۴	۹۱/۷۷±۱۱/۱۸	فشارخون دیاستول (میلی متر جیوه)

*آزمون کای اسکور **آزمون تی مستقل

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین تبعیت از درمان و زیر مقیاسهای آن قبل و بلافاصله و ۴۵ روز بعد از مداخله در دو گروه

مداخله و کنترل

**P Value			۴۵ روز بعد	بلافاصله بعد از مداخله	قبل	گروه	متغیر
عامل گروه	عامل زمان × گروه	عامل زمان	Mean ± S.D	Mean ± S.D	Mean ± S.D		
۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۳۱/۶۶±۴/۵۲	۳۱/۷۷±۴/۳۱	۲۷/۵۱±۷/۳۹	مداخله	تبعیت دارویی
			۲۹/۴۸±۵/۰۳	۲۹/۵۵±۵/۱۵	۲۹/۷۱±۵/۲۸	کنترل	
			P=۰/۰۳	P=۰/۰۳	P=۰/۱۰	p-value*	
P< ۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۵	P< ۰/۰۰۰۱	۴۱/۱۱±۳/۶۶	۳۶/۸۲±۴/۸۳	۳۶/۸۰±۵/۲۳	مداخله	تبعیت غذایی
			۳۶/۲۸±۵/۰۸	۳۵/۸۶±۶/۸۷	۳۶/۴۲±۴/۹۶	کنترل	
			P=۰/۰۰	P=۰/۴۴	P=۰/۷۲	p-value*	
۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۶/۷۱±۱/۴۸	۶/۶۲±۱/۵۵	۵/۱۱±۲/۰۲	مداخله	تحرك
			۴/۶۲±۲/۲۶	۴/۷۱±۲/۴۱	۴/۷۱±۲/۳۲	کنترل	
			P=۰/۰۰	P=۰/۰۰	P=۰/۳۸	p-value*	
P=۰/۰۷	P<۰/۰۳۴	P=۰/۰۲۸	۱۴/۴۶±۰/۸۴	۱۴/۴۰±۰/۹۶	۱۳/۹۳±۱/۸۳	مداخله	دخانیات
			۱۴/۰۶±۱/۸۹	۱۳/۹۱±۲/۲۰	۱۴/۰۶±۱/۹۵	کنترل	
			P=۰/۲۰	P=۰/۱۷	P=۰/۷۴	p-value*	
۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۰/۰۰۰۱ P<	۹۳/۹۵±۸/۴۷	۸۹/۶۲±۶/۹۸	۸۳/۳۵±۱۲/۳۴	مداخله	نمره کل تبعیت از درمان
			۸۴/۴۶±۱۰/۰۶	۸۴/۰۴±۹/۱۷	۸۴/۹۱±۱۰/۳۲	کنترل	
			P=۰/۰۰	P=۰/۰۳	P=۰/۵۰	p-value*	

*آزمون تی مستقل / **آنوا با اندازه گیریهای مکرر

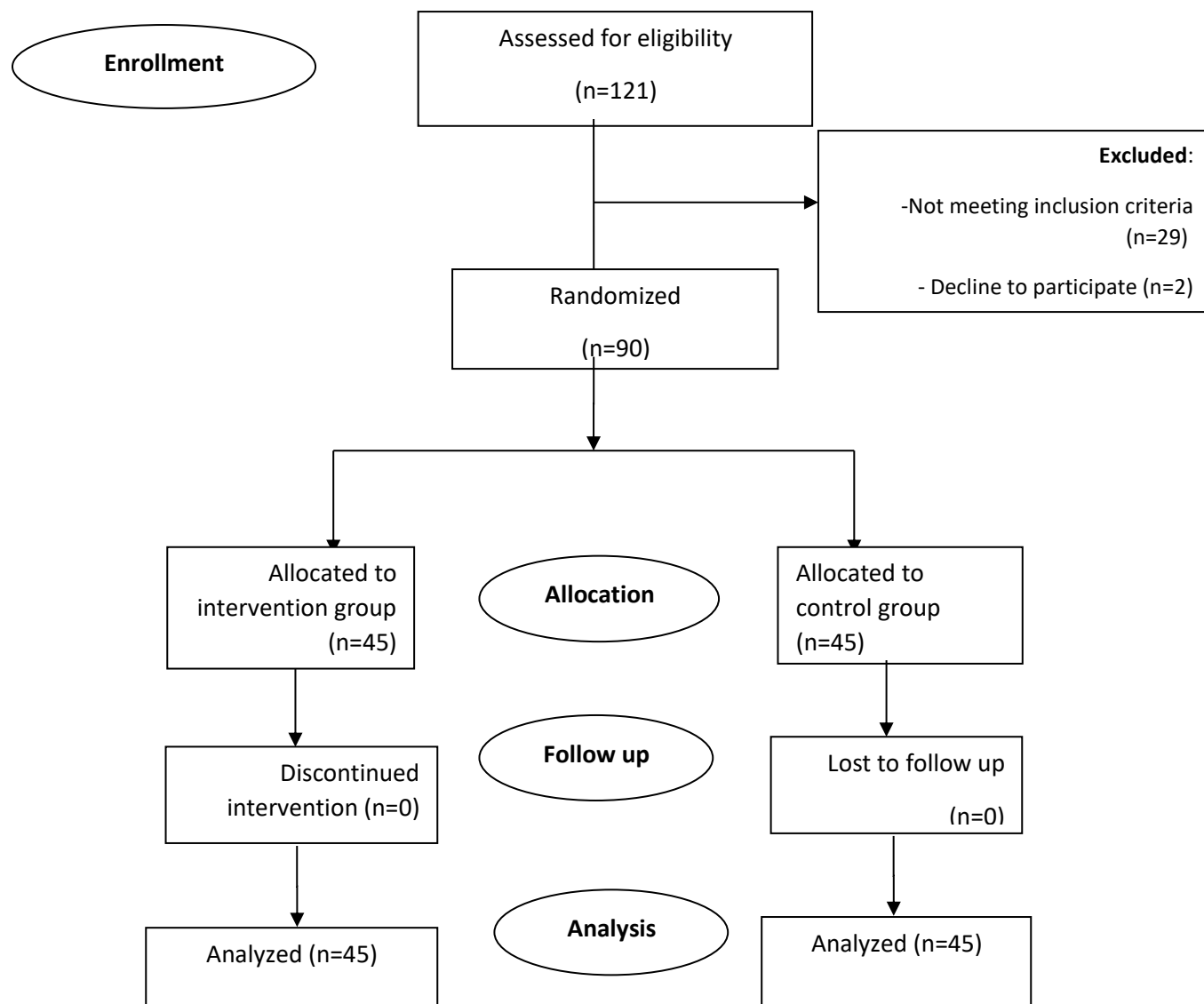


Fig. 1. CONSORT flow diagram of participant enrollment, allocation, follow up and data analysis

References:

1. Samadian F, Dalili N, Jamalian A. Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension. Iranian journal of kidney diseases. 2016;10(5):237-63.
2. Braam B, Taler SJ, Rahman M, Fillaus JA, Greco BA, Forman JP, et al. Recognition and Management of Resistant Hypertension. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN. 2017;12(3):524-35.
3. Anchala R, Kannuri NK, Pant H, Khan H, Franco OH, Di Angelantonio E, et al. Hypertension in India: a systematic review and meta-analysis of prevalence, awareness, and control of hypertension. Journal of hypertension. 2014;32(6):1170-7.
4. Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke KB, et al. Hypertension Canada's 2017 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention ,and Treatment of Hypertension in Adults. The Canadian journal of cardiology. 2017;33(5):557-76.
5. Ebadi A, Bakhshian Kelarijani R, Malmir M, Shamsi A, Ghanbari R. Comparison of life quality in military and non-military men with hypertension. Iranian Journal of Military Medicine Fall. 2011;13(3):189-94.
6. Schmieder RE, Tschöpe D, Koch C, Ouarrak T, Gitt AK. Individualised treatment targets in patients with type-2 diabetes and hypertension. Cardiovascular diabetology. 2018;17(1):18.
7. Böhm M, Schumacher H, Teo KK, Lonn E ,Mahfoud F, Mann JFE, et al. Achieved diastolic blood pressure and pulse pressure at target systolic blood pressure (120-140 mmHg) and cardiovascular outcomes in high-risk patients: results from ONTARGET and TRANSCEND trials. European heart journal. 2018;39(33):3105-3114.
8. Haghranjbar F, Shirzad M, Taghdisi MH, Sarami GR, Ahadi H. The mediating role of subjective-wellbeing in terms of perceived stress and hypertension. Iranian Journal of Health Education Health Promotion. 2016;4(1):50-7.
9. Hosseini F FH, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. The impact of an educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on lifestyle changes among hypertension patients. Iranian Journal of Health Education Health Promotion. 2014;2(1):17-27.
10. Hall RL, Willgoss T, Humphrey LJ, Kongsø JH. The effect of medical device dose-memory functions on patients' adherence to treatment, confidence, and disease self-management. Patient preference and adherence. 2014;8:775-88.
11. Najimi A, Mostafavi F, Sharifirad G, Golshiri P. Barriers to medication adherence in patients with hypertension: A qualitative study. Journal of education and health promotion. 2018;7:24.



12. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski Ł, Kasprzak M, Obońska K, Fabiszak T, et al. Adherence to treatment assessed with the Adherence in Chronic Diseases Scale in patients after myocardial infarction. Patient preference and adherence. 2018;12:333-40.
13. Tariq SM, Hasan M, Haider SA. An insight into more factors affecting adherence to medications in the elderly. Patient preference and adherence. 2018;12:567-8.
14. McCarthy MM, Grey M. Type 1 Diabetes Self-Management From Emerging Adulthood Through Older Adulthood. Diabetes care. 2018;41(8):1608-14.
15. Al-Khaledi M, Al-Dousari H, Al-Dhufairi S, Al-Mousawi T, Al-Azemi R, Al-Azimi F, et al. Diabetes Self-Management: A Key to Better Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetes. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre. 2018;27(4):323-31.
16. Ali MHM, Osman OB, Ibrahim MAM, Ahmed WAM. The Effect of AIDS Peer Health Education on Knowledge, Attitudes, and Practices of Secondary School Students in Khartoum, Sudan. AIMS public health. 2015;2(4):718-26.
17. Shaikh MM, Nadar SK. Peer-Facilitated Patient Education: An underutilised resource. Sultan Qaboos University medical journal. 2018;18(1):e1-e2.
18. Abdi F, Simbar M. The Peer Education Approach in Adolescents- Narrative Review Article. Iranian journal of public health. 2013;42(11):1200-6.
19. Huang B, Li Z, Wang Y, Xia J, Shi T, Jiang J, et al. Effectiveness of self-management support in maintenance haemodialysis patients with hypertension: A pilot cluster randomized controlled trial. Nephrology (Carlton, Vic). 2018;23(8):755-63.
20. Heidari-Beni F, Ahmadi-Tameh Z, Tabatabaee A, Mohammadnejad E, Haji-Esmacelpour A. The effect of peer education on self-efficacy in people with heart failure. . Cardiovascular Nursing Journal. 2017;6(1):40-7.
21. Baljani E, Sasan A, Rahimi Z. The effect of self-management programs on the quality of life in patients undergoing hemodialysis. The Journal of Urmia Nursing Midwifery Faculty. 2014;12(9):815-24.
22. Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. J Adv Nurs 2012; 68(6): 1402-13.
23. Dehghan M, Dehghan-Nayeri N, Iranmanesh S. Translation and validation of the Persian version of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. ARYA atherosclerosis. 2016;12(2):76-86.
24. Khavasi M, Masroor D, Varai S, Joudaki K, Rezaei M, Mehr BR, et al. The Effect of Peer Education on Diabetes Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. Journal of Knowledge & Health. 2016;11(2):67-74.
25. Masroor-Roudsari D, Mohammad-Beigi E, Haghani H. Effect of Peer Education on the Medication Adherence and the Quality of Life of Hypertensive Patients. Pharmacophore. 2017;8(3):43-9.
26. Sadeghi K, Bakhshi M, Ranjbar H. The Effect of Peer Education on Diet Adherence Among Elderly Hypertensive Clients. JMS. 2019;7(2):23-33.

27. Rashidi K, Safavi M, Yahyavi SH, Farahani H. Effects of peer support on self-efficacy of patients with type II diabetes. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2015;23(3):15-26.
28. Morowatis harifabad MA AME, Mozaffari Khosravi H, Fallahzadeh H, Momeni Sarvestani M. Comparison of the Effect Nutrition Education by Peers and Health Personnel on Knowledge, Attitude and Nutritional Indices of 18- 35 years old Women of Orumieh Health Care Centers. . Yazd School of Health Quarterly 2012;1(11):64-75.
29. Dale J, Caramlau IO, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone calls for improving health. The Cochrane database of systematic reviews. 2008;2008(4):Cd006903.
30. González L, Elgart JF, Gagliardino JJ. [Education of people with type 2 diabetes through peers with diabetes: is it cost effective?]. Medwave. 2015;15(11):e6348.
31. Borzou R, Bayat Z, Salvati M, Homayounfar S. A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. Iranian Journal of Medical Education. 2014;4(9):767-76.
32. Nelson K, Fennell T, Gray KE, Williams JL, Lutton MC, Silverman J, et al. Veteran peer Coaches Optimizing and Advancing Cardiac Health (Vet-COACH); design and rationale for a randomized controlled trial of peer support among Veterans with poorly controlled hypertension and other CVD risks. Contemporary clinical trials. 2018;73:61-7.
33. Tafazzoli M, Moody A, Boskabadi H, Ebrahimzadeh S. Comparison of peer support and training healthcare workers in breastfeeding the first time in Mashhad in 2010 nulliparous women. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15(4): 19-28.
34. Smith SM, Paul G, Kelly A, Whitford DL, O'Shea E, O'Dowd T. Peer support for patients with type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. BMJ (Clinical research ed). 2011;342:d715.

Investigating the effectiveness of self-management training program using peer support On the degree of adherence to treatment in women with hypertension

Seyed ehsan asadi¹-Haniyeh Parvanepour²-Fateme Khodami³

1- Doctor of Nursing, Assistant Professor of Isfahan Islamic Azad University, Iran

2- Master of Psychiatric Nursing, Isfahan Islamic Azad University, Iran

3-Nursing expert, Isfahan Islamic Azad University, Iran

Abstract:

Background & Aim: Hypertension is the most common chronic disease. It is considered a major challenge in global public health. The present study was conducted to determine the effect of self-management training program using peer support on adherence in patients with hypertension.

Methods & Materials: This clinical trial study was performed on 90 hypertension patients in Kashan, 2019. Patients were randomly assigned to control and intervention groups. Before intervention, demographic data and adherence to treatment and self-management questionnaires were completed by patients in both groups. The intervention group was trained by peers in 5 sessions over 5 weeks (one day a week). In the control group, routine programs were performed. The questionnaires were completed again immediately after the end of the intervention and 45 days later in two groups. Data were analyzed using ANOVA, Chi-square and independent and paired t-test in SPSS v=16 software. Significance level was considered less than 0.05.



Results: The results showed that there was no significant difference in demographic data and mean score of adherence to treatment before intervention between the two groups ($p > 0.05$). Comparison of the two groups immediately after the sessions and 45 days after the intervention showed that there was significant difference in the total score of treatment adherence and all its dimensions except smoking in the two groups ($p < 0.05$). The results of the repeated measures ANOVA showed that the effect of time and group on treatment adherence was significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of the present study showed that although education through peer support was able to improve adherence to treatment in patients with hypertension. Therefore, this method can be used as a simple method in promoting adherence to treatment and self-management in patients with hypertension.

Keywords: Hypertension, Adherence to Treatment, Peer