

## مقاله اصلی

# بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۰۱

### خلاصه

#### مقدمه

فشار خون بالا به علت عوارض و مرگ بالا یک مشکل عمده بهداشتی محسوب می‌شود که کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد.

#### روش کار

روش پژوهش تجربی و دارای گروه آزمون و کنترل بوده است. از بین افراد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد در سال ۱۳۹۵، ۹۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان بود. برنامه آموزشی خود مراقبتی در ۴ جلسه انجام شد. داده‌های به دست آمده با توجه به فرضیه تحقیق توسط تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### نتایج

میانگین کیفیت زندگی در مطالعه حاضر که به دو بعد کلی سلامت روانی و سلامت جسمی تقسیم شده بود قبل از انجام مداخله در بعد روان در گروه مداخله برابر ۴۸/۷۲ و در بعد سلامت جسمی برابر ۵۱/۴۷ بود و بعد از انجام مداخله این میانگین به ۷۱/۹۷ در بعد روان و ۷۷/۳۷ در بعد سلامت جسمانی رسید در گروه کنترل نیز میانگین در بعد روان قبل از مداخله برابر ۴۶/۶۹ بود و در بعد سلامت جسمی نیز برابر ۵۲/۵۶ بود که بعد از انجام مداخله این میزان به ۴۵/۰۳ در بعد روان و به ۴۹/۴۷ در بعد سلامت جسمی رسید. این تفاوت از لحاظ آماری در بعد روان و جسمی معنادار نبود. میانگین سواد سلامت افراد در گروه مداخله، قبل از مداخله برابر ۹۷/۴۶ بود که بعد از انجام مداخله آموزشی به ۱۳۰/۳۱ رسید در گروه کنترل نیز این میزان قبل از مداخله برابر ۹۶/۶۴ بود که بعد از انجام مداخله این میزان به ۹۸/۴۶ رسید و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود.

#### نتیجه گیری

اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون شود. پیشنهاد می‌شود با اجرای این برنامه آموزشی برای بیماران مبتلا به پرفشاری خون توسط مراقبین بهداشتی، گامی موثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و سواد سلامت این بیماران برداشته شود.

#### کلیدواژه ها

آموزش خودمراقبتی، سواد سلامت، پرفشاری خون، کیفیت زندگی  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سوسن گنجی<sup>۱</sup>

نوشین پیمان<sup>۲\*</sup>

سهیلا میسمی بناب<sup>۳</sup>

حبیب ا... اسماعیلی<sup>۴</sup>

۱- گروه پزشکی خانواده، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲- دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- پژوهشگر، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- استاد. گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

\* مشهد. خیابان دانشگاه-بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸ - دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۱۵۱۱۸

Email: peymann@mums.ac.ir

## مقدمه

به پرفشاری خون در مقایسه با افراد دارای فشارخون طبیعی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۰). همچنین، عبادی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه کیفیت زندگی مردان مبتلا به پرفشاری خون با افراد سالم به این نتیجه رسیدند که نمره کل کیفیت زندگی در افراد سالم نسبت به بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر است (۱۱).

با توجه به موارد بالا مشخص است که یکی از عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل فشار خون، برخورداری از آگاهی کافی از بیماری، عوامل مؤثر در بروز آن و نحوه پیشگیری از این بیماری می‌باشد. در عین حال یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر سطح آگاهی و در نتیجه کنترل و پیشگیری مؤثرتر بیماری فشارخون سواد سلامت است. سواد سلامت، حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سواد در زمینه سلامت می‌پردازد و به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است (۱۲-۱۳). طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامت آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک و به دستورات داده شده عمل می‌کنند و وضعیت سلامت نامطلوب‌تری دارند، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن‌ها بیشتر است، در مهارت‌های خود مراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند و در نتیجه هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (۱۴). عقیده بر این است که آموزش می‌تواند در تغییر رفتار بهداشتی، شناخت و درک بیماران مؤثر واقع شود (۱۵). نتایج پژوهش خسروی و احمدزاده نشان داد سطح سواد سلامت بیماران در سطح مرزی و ناکافی قرار دارد. ناکافی بودن سواد سلامت باعث می‌شود تا پیام‌های بهداشتی به طور درست به بیماران انتقال داده نشود (۱۶).

در آستانه قرن ۲۱ میلادی، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن می‌باشد که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن‌ها تأثیر دارند (۱). پرفشاری خون<sup>۱</sup> سومین علت مرگ و میر در دنیاست (۲). نتایج تحقیقات انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد، میزان شیوع پرفشاری خون، در کلیه کشورها به ویژه در کشور ایران رو به افزایش می‌باشد (۳-۲). در ایران، مطالعات اپیدمیولوژیک پراکنده‌ای در زمینه میزان شیوع فشار خون بالا انجام شده است. در گناباد شیوع فشار خون ۲۰/۸۸٪، در کرمانشاه ۱۴٪، در تبریز ۲۰/۸۲٪ و در تهران ۳۲٪ گزارش شده است (۴). دلیل اصلی این افزایش، عوامل متعددی مانند رشد روز افزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی مردم، و افزایش دوران بقای این بیماران به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری گزارش شده است (۳-۱). فشار خون، به دلیل عدم وجود نشانه‌های آشکار و قابل تشخیص و عوارض ناخوشایند قلبی و عروقی ناشی از آن، به قاتل خاموش معروف است (۵). این بیماری، مانند اغلب بیماری‌های مزمن، با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود (۸-۶). اغلب موارد، درمان قطعی برای مبتلایان به این بیماری وجود ندارد و هدف درمانگران عمدتاً کنترل این بیماری می‌باشد (۹). کاروالهو و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر پرفشاری خون بر کیفیت زندگی گزارش کردند که افراد مبتلا

<sup>1</sup> - Essential Hypertension

انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی، در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۵ نفر). حجم نمونه بر اساس مقاله عمیدی مظاهری و همکاران که در آن درصد افرادی که در گروه آموزشی رفتار مناسب داشته‌اند ۰/۷۰ و در گروه کنترل ۰/۲۴ بود تعیین شد (۲۰). لذا با اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ حجم نمونه ۴۵ نفر در هر گروه به دست آمد. این بیماران توسط پزشک معالج تشخیص فشارخون گرفته بودند.

به منظور رعایت موازین اخلاقی ابتدا پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه و تایید جنبه‌های اخلاقی پژوهش، پژوهشگر به مراکز بهداشتی درمانی معرفی و مجوز انجام تحقیق از آن مراکز اخذ گردید. کلیه شرکت کنندگان نیز آگاهانه و داوطلبانه در نمونه گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد و بیان گردید که در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن فشارخون اولیه و رژیم دارویی مشابه (مهار کننده‌های ACE، بلوک کننده‌های آنژیوتانسین و بتا بلوکرها).

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل سابقه داشتن بیماری‌های جسمی و روانی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی داشتند بود که با استفاده از پرونده‌های موجود بیماران و مصاحبه بالینی تشخیص داده شده بودند و همچنین یکی دیگر از معیارهای خروج غیبت بیش از یک جلسه بود. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از تخصیص واحدهای پژوهش در گروه‌ها، فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سواد سلامت، توسط بیماران هر دو گروه، قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی تکمیل شدند. از افراد گروه آزمایش خواسته شد که در روزهای آتی برای شرکت در کلاس آموزشی که توسط پژوهشگر در مرکز بهداشت تشکیل می‌شد به مرکز بهداشتی درمانی توس مراجعه

در بیماری‌های مزمن، آموزش، قسمت ویژه‌ای از برنامه مراقبتی می‌باشد که بیمار را به طور فعال در امر مراقبت خویش شرکت می‌دهد و باعث مقابله بهتر با وضعیت موجود می‌شود. یکی از روش‌های آموزشی که موجب ارتقای رفتار بهداشتی بیمار می‌شود آموزش خودمراقبتی است. این شیوه آموزشی توضیح می‌دهد که چرا و چگونه افراد از خودشان مراقبت می‌کنند (۱۷). انسان بالغ اعمالی را یاد می‌گیرد و انجام می‌دهد تا بقاء، کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را هدایت کند مراقبت از خود باید آموخته و به طور عمدی و دایمی انجام شود. فراگیری فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، توان مراقبت از خود را در افراد بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۱۷-۱۸). باباییگی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۱۲ بیمار مبتلا به فشارخون بالا در شیراز نشان دادند که برنامه‌های آموزشی می‌توانند موجب افزایش آگاهی، بهبود خود مدیریتی و اصلاح سبک زندگی در این بیماران شوند (۱۹). مطالعات محدودی در زمینه تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به فشار خون انجام شده است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر، یک طرح آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری این پژوهش، بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی توس مشهد در سال ۱۳۹۵ بود، که طی آمارگیری سال ۱۳۹۵ در مجموع ۳۶۰ نفر بیمار مبتلا به فشار خون اساسی تحت پوشش این مرکز هستند. نمونه این تحقیق را، تعداد ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون اساسی تشکیل دادند که به روش نمونه گیری تصادفی از بین ۳۶۰ بیمار

خستگی یا نشاط، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش اجتماعی در مجموع نمره سلامت روانی را به دست می‌دهند (۲۱).

این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن تایید گردیده است. در پژوهش منتظری و همکاران تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط ( $\alpha=0/65$ ) سایر مقیاس‌های پرسشنامه (SF-36) از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سوال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمده است (۲۲). مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن و گروه خاصی ندارد. دامنه‌ی نمرات مقیاس (SF-36) در محدوده‌ی ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که در هر مورد نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر کیفیت زندگی از لحاظ آن بعد می‌باشد (۲۱).

پرسشنامه سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان<sup>۳</sup>: پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ طراحی گردیده است که شامل ۳۳ گویه و ۵ مولفه می‌باشد مولفه‌ها عبارتند از: دسترسی شامل گویه‌های ۱ الی ۶، مهارت خواندن شامل گویه‌های ۷ الی ۱۰، فهم شامل گویه‌های ۱۱ الی ۱۷، ارزیابی شامل گویه‌های ۱۸ الی ۲۱ و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت شامل گویه‌های ۲۲ الی ۳۳ می‌باشد. کل سواد سلامت که می‌توانست عددی بین ۰ تا ۱۰۰ باشد، محاسبه شد. در نهایت نمره سواد سلامت عملکردی آزمودنی‌ها، بر اساس نقاط برش ۵۹ و ۷۴ به سه سطح ناکافی (۰-۵۹)، مرزی (۶۰-۷۴)

نمایند. بیماران گروه آزمایش در چهار جلسه آموزش خودمراقبتی که توسط پژوهشگر هر هفته در مرکز بهداشت ارائه گردید، شرکت نمودند. هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد.

شیوه مداخله

جلسه اول: معارفه و بیان داوطلبانه بودن پژوهش. تعریف فشارخون و معین کردن اعتقادات، افکار و احساسات بیماران در مورد بیماری

جلسه دوم: جلسات به صورت بحث گروهی درباره عوارض بیماری فشار خون و اهمیت تداوم رفتارهای خودمراقبتی در حفظ سلامتی و کنترل عوارض. ارائه جزوه در پایان جلسه

جلسه سوم: آموزش مصرف داروها، اهمیت رژیم غذایی، تحرک و فعالیت و ارائه جزوه در پایان جلسه.

جلسه چهارم: بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس و نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری فشارخون و آموزش تن آرامی و تنفس دیافراگمی. ارائه جزوه در پایان جلسه

در نهایت داده‌های پژوهشی با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، و با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار گرد آوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۲</sup>: فرم ۳۶ عبارتی توسط اورلی در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از طرح پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله‌ی ترکیب حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه‌ی مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. چهار زیر مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی در مجموع نمره سلامت جسمانی و چهار زیر مقیاس سلامت روانی،

<sup>3</sup> - Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)  
The Test of

<sup>2</sup> - Quality of Life Questionnaire

و کافی (۷۵-۱۰۰) تقسیم گردید. پایایی پرسشنامه در کل مقدار ۰/۸۹ به دست آمد (۲۲).

### نتایج

تحلیل‌های آماری در مورد سن، جنس و تحصیلات نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. (۲۴ نفر) ۵۳٪ از گروه آزمون زن و (۲۱ نفر) ۴۶٪ مرد می‌باشند. همچنین (۲۵ نفر) ۵۵٪ از گروه کنترل، زن و (۲۰ نفر) ۴۴٪ مرد می‌باشند. میانگین سنی

آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۷/۶۰±۸/۰۴ و در گروه کنترل ۳۶/۷۷±۷/۹۰ سال بود و در دامنه سنی ۶۰-۲۵ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی، گروه آزمایش (۲۲ نفر) ۴۹٪ راهنمایی، (۱۹ نفر) ۴۲٪ دبیرستان و (۴ نفر) ۹٪ دانشگاهی بودند؛ گروه کنترل (۱۷ نفر) ۳۸٪ راهنمایی، (۲۳ نفر) ۵۱٪ دبیرستان و (۵ نفر) ۱۱٪ دانشگاهی بودند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به کیفیت زندگی و سواد سلامت در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

p-value	گروه کنترل		p-value	گروه آزمون		موقعیت گروه	متغیر
	بعد از مداخله	قبل از مداخله		بعد از مداخله	قبل از مداخله		
	Mean±SD	Mean±SD		Mean±SD	Mean±SD		
۰/۰۲۹	۶۵/۷۷±۱۳/۳۵	۶۷/۸۸±۱۰/۷۳	۰/۰۰۰	۸۹/۳۳±۷/۲۷	۶۴/۶۶±۱۱/۲۰		کارکرد جسمی
۰/۰۱۳	۵۹/۶۶±۳۲/۵۹	۶۳/۳۳±۳۰/۸۹	۰/۰۰۰	۹۳/۸۸±۱۰/۸۶	۶۲/۷۷±۳۳/۱۲		ایفای نقش جسمی
۰/۱۶۰	۶۰±۳۲/۲۵	۶۱/۴۸±۳۳/۲۹	۰/۰۰۰	۹۴/۰۷±۱۲/۸۸	۶۶/۶۶±۳۵/۵۳		ایفای نقش عاطفی
۰/۰۰۶	۳۵/۵۵±۱۰/۶۱	۳۷/۳۳±۱۰/۰۳	۰/۰۰۰	۶۰/۷۷±۹/۷۰	۴۰/۵۵±۱۱/۰۸		انرژی و نشاط
۰/۰۰۳	۴۵/۱۵±۶/۵۲	۴۶/۸۴±۵/۲۹	۰/۰۰۰	۶۶/۶۶±۵/۷۸	۴۶/۸۴±۵/۸۸		بهبودی هیجانی
۰/۰۳۲	۳۹/۴۴±۱۶/۲۰	۴۱/۱۱±۱۷/۱۹	۰/۰۰۰	۶۶/۳۸±۱۵/۰۳	۴۰/۸۳±۱۶/۹۳		کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۵	۳۹/۳۳±۱۵/۸۵	۴۱/۶۱±۳۱/۱۷	۰/۰۰۰	۶۰/۰۵±۱۴/۷۹	۳۷/۲۲±۱۵/۸۴		میزان درد
۰/۰۰۲	۳۶/۱۱±۸/۹۷	۳۷/۴۴±۹/۰۸	۰/۰۰۰	۶۶/۲۲±۹/۶۰	۴۱/۲۲±۱۰/۱۷		سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۴۹/۴۷±۹/۹۲	۵۲/۵۶±۸/۹۵	۰/۰۰۰	۷۷/۳۷±۵/۹۶	۵۱/۴۷±۹/۴۵		سلامت جسمی کلی
۰/۰۰۲	۴۵/۰۳±۹/۹۸	۴۶/۶۹±۹/۸۳	۰/۰۰۰	۷۱/۹۷±۶/۵۶	۴۸/۷۲±۱۰/۹۸		سلامت روانی کلی
۰/۰۵۷	۱۶/۶۲±۲/۴۹	۱۶/۳۳±۲/۴۲	۰/۰۰۰	۲۲/۷۳±۲/۵۷	۱۶/۳۵±۲/۵۷		دسترسی
۰/۰۸۵	۹/۶۶±۱/۷۴	۹/۳۷±۱/۶۲	۰/۰۰۰	۱۳/۴۰±۱/۹۱	۹±۱/۸۵		مهارت خواندن
۰/۰۲۰	۲۲/۶۶±۲/۵۳	۲۲/۳۳±۲/۱۶	۰/۰۰۰	۲۸/۹۷±۱/۸۶	۲۲/۲۲±۲/۰۸		فهم و درک
۰/۰۴۴	۱۱/۹۳±۱/۶۵	۱۱/۷۵±۱/۴۹	۰/۰۰۰	۱۶/۲۰±۱/۷۶	۱۲/۴۰±۱/۹۱		ارزیابی
۰/۰۰۳	۳۷/۵۷±۳/۶۸	۳۶/۸۴±۳/۳۵	۰/۰۰۰	۴۹±۳/۲۱	۳۷/۴۸±۳/۹۴		تصمیم‌گیری
۰/۰۰۱	۹۸/۴۶±۶/۶۸	۹۶/۶۴±۵/۵۳	۰/۰۰۰	۱۳۰/۳۱±۶/۳۹	۹۷/۴۶±۷/۳۷		سواد سلامت کلی

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به کیفیت زندگی و سواد سلامت در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل را به تفکیک نشان می‌دهد. مقادیر نمایش داده شده در جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمون نسبت به پیش از آزمون در

متغیرهای کیفیت زندگی و سواد سلامت افزایش پیدا کرده است، در حالی که در گروه کنترل این تفاوت ناچیز است. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش و از بین بردن اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از این تحلیل (بررسی همگنی

می‌شود، تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت معنادار است و بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). در نتیجه تأثیر آموزش خودمراقبتی بر بهبود کیفیت زندگی و سواد سلامت معنادار است.

واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون) ورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پیش فرض‌ها نشان داد که می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول ۲ تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی و سواد سلامت را در پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کواریانس

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای‌تای سهمی
سلامت جسمی	۴۰۰۲/۵۰۳	۱	۴۰۰۲/۵۰۳	۲۲۵/۴۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴
سلامت روانی	۳۱۹/۹۹۰	۱	۳۱۹/۹۹۰	۱۸/۵۶۴	۰/۰۰۰	۰/۱۷۸
سواد سلامت	۵۲۶/۹۱۹	۱	۵۲۶/۹۱۹	۱۸۰/۳	۰/۰۰۰	۰/۶۷۷

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی و سلامت روانی) قبل از مداخله، در هر دو گروه آزمون و کنترل پایین بود. این یافته با نتایج مطالعه عبادی و همکاران (۲۰۱۱) و کاروالهو و همکاران (۲۰۱۳) همسو است و آن‌ها نیز گزارش نمودند که ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری فشار خون در سطح پایین قرار دارد (۱۰-۱۱). لاورنس و همکاران در مطالعات خود، دلایل کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار خون نسبت به افراد سالم را مراجعات مکرر افراد مبتلا به مراکز درمانی، استرس و علایم غیر اختصاصی فشار خون گزارش کردند (۲۳).

به دنبال آموزش در مبتلایان به بیماری فشاری خون بهبود می‌یابند (۲۴). مطالعه آفاجانی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که هر دو روش آموزش سخنرانی و بسته آموزشی می‌تواند برخی ابعاد کیفیت زندگی مبتلایان به پرفشاری خون را بهبود بخشد (۲۵). هانت و همکاران (۲۰۰۴) گزارش دادند که ارسال پستی دو بسته آموزشی در فواصل ۳ ماهه به مبتلایان پرفشاری خون تأثیری بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک ندارد (۲۶). در بررسی اثر آموزش در مبتلایان به پرفشاری خون پارک و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که اجرای برنامه آموزشی همراه با انجام ورزش می‌تواند در کنترل فشارخون، بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به پرفشاری خون موثر باشد (۲۷). فرناندز و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که آموزش با هدف ارائه مشاوره در زمینه اصلاح سبک زندگی می‌تواند فشار خون را کم کند و تبعیت از رژیم دارویی را افزایش دهد (۲۸). همانگونه که گفته شد بیماران تمایل به کسب اطلاعات درباره بیماری خود دارند و انتظار دارند پزشک این اطلاعات را در اختیار آنان قرار دهد؛ اما آنها همیشه در کسب اطلاعات موفق نیستند. از جمله موانع انتقال اطلاعات از پزشک به بیمار عبارتند از: کم حوصلگی پزشک، مهارت‌های ضعیف ارتباطی طرفین، بی توجهی به احساس نیاز بیمار به اطلاعات و تفاوت در

و همچنین نتایج پژوهش نشان داد که در گروه آزمون، آموزش خودمراقبتی موجب بهبود ابعاد کیفیت زندگی این بیماران شده است، در حالی که در گروه کنترل، ابعاد کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله تغییری نداشته است. نتایج مطالعه بابایی بیگی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که آموزش خودمراقبتی موجب افزایش آگاهی، تغییر سبک زندگی و بهبود تبعیت دارویی بیماران فشار خون می‌شود (۱۹). مدیریت موفق بیماری پرفشاری خون نیازمند تعهد بیمار در دستیابی و حفظ فشار خون در حد طبیعی می‌باشد و رفتارهای سبک زندگی سالم و خودکارآمدی

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد تمامی بیماران گروه آزمون تمایل به بهبود سواد سلامت خود داشتند. پس از بکارگیری آموزش خودمراقبتی، نمره سواد سلامت در بیماران گروه آزمون بعد از آموزش تفاوت معناداری با گروه مداخله داشت، که این تفاوت نشان دهنده مؤثر بودن آموزش خودمراقبتی بر سواد سلامت بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. این پژوهش نشان داد که با آموزش درست به بیماران می‌توان تغییرات رفتاری مناسبی در آنها ایجاد کرد. این یافته با یافته‌های اغلب پژوهش‌های انجام شده قبلی مانند یافته‌های رئیسی و همکاران (۲۰۱۵)، قنبری و همکاران (۲۰۱۱)، نکویی مقدم و همکاران (۲۰۱۲) در داخل کشور و لی و همکاران (۲۰۱۰)، جاویس-ورانر و همکاران (۲۰۱۱) در خارج از کشور همسو می‌باشد (۳۷-۳۳). این در صورتی است که سواد سلامت کافی برای مشارکت بیمار در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و اخذ تصمیمات مناسب بهداشتی کاملاً ضروری است و منجر به توانمندسازی مردم در به کار بستن اطلاعات و دستورهای مربوط به سلامت می‌شود.

اسچیلینگر و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که از سواد سلامت کافی برخوردار بودند، کنترل قند خون آن‌ها بهتر از بیمارانی بود که سواد سلامت ناکافی داشتند (۳۸). این نتایج با نتایج مطالعه موشر و همکاران (۲۰۱۲) هم خوانی دارد، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که بین سواد سلامت و دانش و آگاهی از داروها ارتباط معنی داری وجود دارد (۳۹).

در مطالعه مروری نگو و همکاران (۲۰۰۹) بین سواد سلامت پایین با سطح سلامت پایین، عدم پیروی از رژیم غذایی، خطاهای دارویی، افزایش هزینه‌های دارویی و افزایش بستری در بیمارستان ارتباط معنی دار مشاهده شد (۴۰). مطالعه گچی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که آموزش مراقبت از خود به مدت ۱ ماه توانست مهارت مراقبت از خود را در بیماران افزایش دهد،

مفاهیم زبانی پزشک و بیمار (پزشک از کلمات تخصصی استفاده می‌کند که برای بیمار قابل فهم نیست و یا زبان بیمار و پزشک کاملاً متفاوت است). اگر نیاز و تمایل بیمار در دسترسی به اطلاعات مورد توجه قرار گیرد، می‌تواند روند درمان، بهبودی و پیشگیری از عوارض ثانویه بیماری و دوره نقاهت را کوتاه نماید؛ چون بیماران به پزشک اعتماد بسیاری دارند. حال اگر پزشک زبان بیمار را بشناسد و در سطح آن زبان گفتاری با وی گفتگو نماید این انتقال دانش بر پایه رغبت و اعتماد با سرعت و کیفیت بالا صورت می‌گیرد (۲۹).

امروزه دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی و درمانی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا با به کارگیری خدمات بهداشتی-درمانی و شیوه‌های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تامین کنند و آثار ابتلا به بیماری‌ها را کاهش دهند (۸،۳۰). ابتلا به بیماری فشار خون موجب محدودیت‌های فراوانی در رژیم غذایی مثل محدودیت در مصرف نمک و چربی‌های اشباع شده، تغییر در نحوه انجام کارهای روزانه و فعالیت‌های ورزشی-تفریحی و غیره در این بیماران می‌شود. در کنار این محدودیت‌ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی، باعث ایجاد فشار روانی بر بیمار می‌شود که این مساله می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر منفی بگذارد (۳۱). آمار و همکاران (۲۰۰۳) با طرح این سوال که چرا فشار خون در پیشگیری سطح دوم به خوبی کنترل نمی‌شود، به این موضوع مهم تاکید نمودند که فشار خون بالا، از همه رویدادهای مهم زندگی اثر می‌پذیرند و این رویدادها قادرند، کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر خود قرار دهند. آنان بر این اصل مهم تاکید دارند که هر گونه درمان موفقیت آمیز در فشار خون بالا، می‌بایست علاوه بر دارودرمانی بر نقش عوامل روان شناختی و جامعه شناختی نیز توجه جدی داشته باشد و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند (۳۲).

بیماری درباره بیماری و نحوه کنترل آن اهمیت بسزایی دارد و بر کنترل بیماری اثر گذار است. هیچ یک از بیماری‌ها به اندازه فشارخون به مداخله شخصی و سعی و تلاش خود فرد بستگی ندارد. هدف از خودمراقبتی در فرد مبتلا به فشار خون این است که بیمار قادر باشد با آگاهی و امیدواری فراوان و با مشارکت کامل خود در درمان و مراقبت از بیماریش کوشا بوده و در این را مداومت داشته باشد (۴۶).

اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و سواد سلامت بیماران مبتلا به پرفشاری خون گردد. پیشنهاد می‌شود با اجرای این برنامه آموزشی برای بیماران مبتلا به فشار خون توسط مراقبین سلامت، گامی موثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و سواد سلامت این بیماران برداشته شود. با توجه به گستردگی سیستم خدمات بهداشتی-درمانی در کشور ما، و ادغام بهداشت روان به عنوان اصل نهم خدمات بهداشتی اولیه در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور (PHC) و استقرار روانشناس در این مراکز، توصیه می‌شود، توجه به سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، مورد تاکید و توجه جدی نیروهای مستقر در این مراکز اعم از سطح اول (خانه‌های بهداشت روستایی) و مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور (سطح دوم) قرار گیرد و در جلسات بازآموزی مراکز بهداشتی و درمانی مورد آموزش قرار گیرد. پژوهش حاضر به رغم نتایج قابل توجهی که داشت با محدودیت‌ها و نقاط ضعفی نیز روبرو بود، مراجعان مرکز بهداشت را بیشتر طیف بیماران با سطح اجتماعی اقتصادی پایین و تحصیلات پایین تشکیل می‌دهند، در نتیجه نمونه موجود بیانگر خصوصیات جمعیت عمومی ایران نمی‌باشد. از آنجا که پر فشاری خون یک بیماری مزمن است و خانواده نیز می‌تواند در روند مراقبت این بیماران شرکت نماید، توصیه می‌شود در

و نتیجه گرفتند ایجاد انگیزه در بیماران عامل مهمی در افزایش آگاهی و عملکرد بیماران می‌باشد (۴۱). مهم ترین هدف آموزش دادن در بیماران ایجاد رفتارهای درست و ماندگار می‌باشد (۴۲).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که با استفاده از دو روش مراقبت‌های تلفنی و مداخله حمایتی می‌توان آگاهی بیماران دیابتی از بیماری خود و سواد بهداشتی آنان را بالا برد و به اختلاف معناداری با نتایج قبل از مداخله آموزشی رسید (۴۳). همچنین کاندولانیز (۲۰۰۹) در تحقیق خود به نتایج مشابه مطالعه حاضر دست یافت، به طوری که ۷۹٪ بیماران بعد از دریافت آموزش از سواد بهداشتی کافی برخوردار شدند (۴۴). شارپ نیز در زمینه افزایش آگاهی بیماران دیابتی در خصوص بیماری شان به نتایج مشابهی دست یافت که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌نماید مطالعه دیگری توصیه می‌کند که در طی ملاقات‌های بالینی بیماران، لازم است پزشکان ارتباط متناسب با سواد سلامت واقعی بیمار برقرار نمایند. برخی تکنیک‌های ساده برای این منظور، استفاده از زبان گفتاری ساده، سرعت کم و شرکت اعضای مهم خانواده در بحث‌ها است (۴۵).

خزرلو و فیضی (۲۰۱۲) در زمینه اهمیت خودمراقبتی دریافتند بیمارانی که به نوعی در مراقبت از خود مشارکت می‌کنند، در زمینه دستیابی به اهداف سلامتی موفق‌تر می‌باشند. اجرای برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی در افزایش توان خودمراقبتی بیمار موثر است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد در صورتی که بتوان در امر آموزش‌ها از مشارکت بیماران استفاده کرد و آن‌ها را در امر یادگیری فعال نمود، خودمراقبتی و آگاهی شان افزایش می‌یابد. همچنین مطالعه‌ای گزارش کرد، بیماران شرکت کننده در جلسات آموزشی توانمند سازی از قدرت بیشتری برای مقابله با چالش‌های روانی و اجتماعی همراه با فشار خون برخوردار هستند. یکی از اهداف برنامه خودمراقبتی، افزایش دانش و آگاهی بیماران از ماهیت بیماری شان است. دانش



پژوهش‌های آتی آموزش‌هایی برای خانواده مبتلایان به بیماری پرفشاری خون انجام شود.

این پژوهش بر عهده ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه و تمامی بیمارانی که ما را در این طرح یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد در تاریخ ۱۳۹۴/۰۸/۰۷ با کد ۹۳۱۳۷۵ می باشد. حمایت مالی

### References:

1. Sheikh Sharafi H, Seyedamini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *J Health Literacy* 2016; 1:203-19. (Persian)
2. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG, Wild D. *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001. P. 221-3.
3. Wang Y, Wang QJ. The prevalence of pre hypertension and hypertension among us adults according to the new joint national committee guidelines, new challenges of the old problem. *Arch Intern Med* 2004; 164:2126-34.
4. Mansoorian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Shafieyan Z, Maghsodloo D. Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan. *J Health Promo Manage* 2012; 1:23-8. (Persian)
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. National heart, lung, and blood institute joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure; national high blood pressure education program coordinating committee. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, high blood pressure. *JAMA* 2003; 289:2560-72.
6. Arslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J* 2008; 121:1524-31.
7. Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials. *Am J Hypertens* 1994; 7:286-7.
8. Deyo RA. The quality of life and research and care. *Ann Int Med* 1991; 114:695-7.
9. Alexander R, Pratt C, Ryan T. *The heart*. 11<sup>th</sup> ed. New York: Graw-Hill; 2004. P. 13-5.
10. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa AL, Jardim PC. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100:164-74.
11. Ebadi A, Shamsi A, Refahi AA, Saied Y. Comparison of the quality of life in men with and without hypertension. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2012; 20:5-15. (Persian)
12. Nama S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 93:1-9.
13. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi J Med Sci* 2013; 19:104. (Persian)
14. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot* 2012; 1:31. (Persian)
15. Aziznejad P, Kashaninia Z. Effect of self-care training on applying coping strategies of adolescents. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci* 2006; 10:256-72. (Persian)
16. Khosravi A, Ahmadzade K. Investigating health literacy level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. *Iran South Med J* 2016; 18:1245-53. (Persian)
17. Aovisi S, Aimanzade N, Basir Z, Jovadi Z. *Fundamental nursing*. Potter and Perry. Tehran: Salami; 2003. P. 182-3.
18. Oreizy HR, Farahani HA. *Applied research methods in clinical psychology*. Tehran: Danzh; 2009. (Persian)
19. Beigi MA, Zibaenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. *Int Cardivasc Res* 2014; 8:94-8. (Persian)
20. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gndek B. *SF-36 Health survey: manual and interpretation guide*. Boston: Health Institute; 1993.

21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia MS, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14:875-82. (Persian)
22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14:875-82. (Persian)
23. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1239-45.
24. Hacıhasanoglu R, Gozüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs* 2011; 20:692-705.
25. Aghajani M, Ajorpaz NM, Atrian MK, Raofi Z, Abedi F, Vartoni SN, et al. Effect of self-care education on quality of life in patients with primary hypertension: comparing lecture and educational package. *Nurs Midwifery Stud* 2013; 2:71. (Persian)
26. Hunt JS, Siemieniczuk J, Touchette D, Payne N. Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension. *J Gen Intern Med* 2004; 19:925-30.
27. Park YH, Song M, Cho BI, Lim JY, Song W, Kim S. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2011; 82:133-7.
28. Fernandez S, Scales KL, Pineiro JM, Schoenthaler AM, Ogedegbe G. A senior center-based pilot trial of the effect of lifestyle intervention on blood pressure in minority elderly people with hypertension. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1860-6.
29. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92:1278-83.
30. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update. *Circulation* 2008; 117:e25-46.
31. Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Educ Couns* 200; 73:159-65.
32. Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens* 2003; 21:1199-205.
33. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad GH. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iran J Diabetes Metab* 2015; 14:199-208. (Persian)
34. Ghanbari SH, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoudi Majdabadi M. Survey on health literacy of pregnant women in health centers of Shahid Beheshti University of medical sciences. *Med J* 2011; 19:1-13. (Persian)
35. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Tolue Behdasht J* 2012; 11:123-34. (Persian)
36. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10:614.
37. Jovic-Veranes A, Bejgovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary healthcare patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health* 2011; 56:201-7.
38. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288:475-82.
39. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun* 2012; 17:241-51.
40. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc* 2009; 49:e132-46.
41. Gehi AK, Mehta D, Gomes JA. Evaluation and management of patients after implantable cardioverter-defibrillator shock. *JAMA* 2006; 296:2839-47.
42. Mohammad HM, Farahani B, Zohour AR, Panahi AS. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 3:87-91. (Persian)
43. Long AF, Gambling T. Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes. *Health Expect* 2012; 15:267-82.
44. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns* 2009; 75:321-7.

45. Sharp LK, Lipsky MS The short-term impact of a continuing medical education program on providers' attitudes toward treating diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22:1929-32.
46. Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to Urmia diabetes center. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2012; 10:1. (Persian)

*Original Article***Effect of self-Care training program on Quality of Life and Health literacy in the Patients with Essential Hypertension**

Received:23/10/2017 - Accepted: 21/01/2018

*Susan Gangi<sup>1</sup>**Nooshin Peyman<sup>2</sup>**Soheyla Meysami Bonab<sup>3</sup>**Habibollah Esmaily<sup>4</sup>**1- MD, Dept. of Family Medicine, School of Medicine, Social Determinants of Health research center, Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), Mashhad, Iran.**2- Associated professor, Dept. of health education & health promotion, School of Health, Social Determinants of Health research center, Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), Mashhad, Iran.**3- Digestive Disease Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran**4- Associate Professor, Biostatistics, School of Health, Social Determinants of Health research center, Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), Mashhad, Iran.**\*Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, between 16th and 18th Daneshgah, Daneshgah Avenue, Mashhad*

Tel: 05138515118

Email: peymann@mums.ac.ir

**Abstract**

**Introduction:** Hypertension is a major health problem due to complications and high mortality rate. It causes problems in the ability of patients for self-care and affect their quality of life. This study was aimed to assess the effect of self-care education on quality of life and health literacy in patients with essential hypertension.

**Subjects & Methods:** This quasi-experimental study was conducted using a pretest-posttest control group design. From patients with hypertension presenting to Mashhad Health Center, 90 patients were selected according to the eligibility criteria and were assigned randomly to two groups, the treatment group (45 patients) and the control group (45 patients). The research tool was quality of life questionnaires and test of functional health literacy in adults. The self-care education was conducted in 4 sessions. The obtained data were analyzed by means of analysis of covariance.

**Results:** Regarding both the general mental and physical health, the quality of life had been divided in to before intervention psychologically 48/72 and physical health 51/47 which was increased to 71/97 psychologically, and 77/37 physically after the intervention. This difference was statistically significant in the mental aspect and physical health. Average health literacy in people before interference was 97/46 which increased to 130/31 after the intervention. This difference was statistically significant.

**Conclusion:** Self-care education can improve quality of life and health literacy among patients with hypertension. It is recommended that health care providers, implement these educational programs for improving the quality of life and health literacy of patients with essential hypertension.

**Keywords:** Hypertension, Health literacy, Quality of life, Self-care education

**Acknowledgement:** *There is no conflict of interest.*