

بررسی همبستگی خودپنداره (بر اساس "الگوی سازگاری روی") و پیگیری رژیم های درمانی در بیماران سرپایی مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر طاهره اشک تراب^۱، رقیه اسماعیلی ذبیحی^۲، همایون بنادرخشان^۳، دکتر فرید زایری^۴، سیما زهری انبوهی^۵

۱. دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، ایران
۳. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. مربی، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

زمینه هدف: علیرغم سرسری بودن روی درمانی و اثر برای پرفشاری خون فقط ۳۰ درصد راد، فشار خون کنترل شده دارد. این مطالعه پیگیری رژیم های درمانی سرپایی مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان های آموزشی ارومیه را به روش توصیفی و مقیاس پیگیری روی توسط انجمن ملی روان آمریکا پذیرفته شده است. هدف این پژوهش همبستگی بین خودپنداره بر اساس "الگوی سازگاری روی" با پیگیری درمانی در بیماران سرپایی مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۸ می باشد.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۱۲۰ بیمار سرپایی مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه های قلب شهر ارومیه با نمونه گیری سهمیه ای در دردسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند داده ها پس از سه ماه پیگیری ساخته جمعیت شناسی و پرسشنامه مربوط به بیماری و "پرسشنامه خودپنداره بیهزار قلبی بر اساس الگوی سازگاری روی" و "مقیاس پیگیری درمانی پرفشاری خون هیل-بن" جمع آوری گردید. اعتبار ابزار ها به روش اعتبار محتوا و پایایی ابزار ها به روش آلفای کرونباخ بررسی گردید. میزان آلفای کرونباخ "مقیاس پیگیری درمانی پرفشاری خون هیل-بن" ۰/۷۱، آلفای کرونباخ برای سازه های بدنه و چالش درک شده "پرسشنامه خودپنداره بیماران قلبی بر اساس الگوی سازگاری روی" به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و $r = 0/07$ با همبستگی مثبت و معنی آماری $(P < 0/001)$ و $(T = 0/27)$ بودند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری اسپاس ۱۶ نسخه تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که پیگیری رژیم های درمانی با تهدید درک شده کلی و تهدید درک شده در ابعاد مختلف خودپنداره رابطه معکوس و معنی دار داشت ($P < 0/001$). همچنین، پایایی رژیم های درمانی با چالش درک شده کلی و چالش درک شده در ابعاد احساس بدنی، ثبات فردی، خود ایده آل ($P < 0/001$) با خود خلای معنی آماری ($T = 0/27$) و خود پنداره همبستگی معنی آماری داشت.

نتیجه گیری: با توجه به همبستگی پیگیری رژیم های درمانی با تهدید و چالش درک شده برای ابعاد خودپنداره در این پژوهش، پرستاران بایستی در پی مداخلاتی همچون مشاوره و آموزش باشد که نژاد را با مداخلات حمایتی آنها را به عنوان چالشی برای خودپنداره درک نمایند، زیرا که درک تنش به عنوان چالش را به راه های حل مشکل هدایت می کند. برای مادر می سازد محرک تنش زا را برطرف نماید و منجر به سازگاری یکپارچه می شود.

کلید واژه ها: خودپنداره، الگوی سازگاری روی، پیگیری، پرفشاری خون

مقدمه

پرفشاری خون یکی از عوامل خطر قابل تعدیل بیماری های قلبی است. هرچه میزان فشارخون، بالاتر باشد خطرات حمله قلبی، سکته مغزی و بیماری های کلیوی بیشتر می شود (Chobanian و همکاران ۲۰۰۳).

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر طاهره اشک تراب؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، گروه داخلی جراحی

آدرس پست الکترونیک: tashktorab@sbmu.ac.ir

پزشکی می شود. مطالب فوق بیانگر این است که سطوح بالاتر پیگیری دارویی، ارزش اقتصادی در بیماریهای مزمن دارد (Sokol و همکاران ۲۰۰۵). از طرفی، پرستاری باید در پی فرآیندهایی برای تاثیرگذاری مثبت بر رفتارهای بهداشتی باشد که برای ایجاد چنین مداخلاتی، پرستاران لازم است اول بدانند که کدام عامل بر فرایند تصمیم گیری دخالت دارد. زیرا این عوامل می توانند بر پیگیری رژیم های توصیه شده نیز تاثیرگذار باشند. از طرفی فیض اله زاده (۱۳۷۶) عدم پیگیری رژیم های درمانی را به عنوان یک تشخیص پرستاری توسط انجمن ملی پرستاران آمریکا معرفی کرده است.

بر طبق "الگوی سازگاری روی"، هدف اصلی پرستاری تمرکز بر ارتقا سلامت فرد و گروه بوسیله ارتقا سازگاری در هر یک از ۴ بعد سازگاری یعنی ابعاد فیزیولوژیک، خودپنداره، ایفای نقش و بعد وابستگی می باشد (Rogers & Keller, ۲۰۰۹).

خودپنداره، زیر سیستم شناختی می باشد که مسئول فرآیندهای شناختی است که حاکم بر محیط رژیم های غذایی، دویبی و ورزشی (رابرتسون و کول ۲۰۰۷، Thomas) (Andrews & Strigg, 1999) بیان کرده اند که هسته و سلول مرکزی خودپنداره، از ادراک فرد در مورد خودش شکل می گیرد.

(McFerson & Wills E.M 2005) بیان می کند که تطابق در طول اداره سلامت و احساسی که به وسیله ارزیابی تنش ایجاد می شوند، روی می دهد.

از آنجایی که طبق نظر روی و اندروز (Roy & 1999) (Andrews) سازگاری می تواند بر احساس خوب بودن بیماران با بیماران مزمن تاثیرگذار باشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین خودپنداره (بر اساس "الگوی سازگاری روی") و پیگیری رژیم های درمانی در بیماران سرپایی بستری به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

وادار روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است و جامعه پژوهش شامل زنان و مردان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بودند. نمونه های پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل: سن بین ۶۰-۴۰ سال، دارا

Hajjar & Kotchen در سال ۲۰۰۳ گزارش کردند که علی رغم در دسترس بودن دارو درمانی موثر برای پرفشاری خون فقط ۳۰٪ افراد، فشارخون کنترل شده دارند. به نظر می رسد، پیگیری ضعیف داروهای ضد فشارخون، یکی از علل مهم در نارسایی کنترل فشارخون باشد. Albert (۲۰۰۸) بیان کرد که درصد بالایی از بیماران قلبی عروقی در جنبه های متعددی از جمله، عدم مصرف دارو (۵۸ درصد-۳۱ درصد)، حضور در برنامه ها و ملاقات های پیگیری (۸۴ درصد-۱۶ درصد) و رژیم های غذایی توصیه شده (۷۶ درصد - ۱۳ درصد) عدم پیگیری دارند.

شعار جمعیت سالم تا سال ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، نیاز به درک بهتری از عوامل تعیین کننده در پیگیری رژیم های بهداشتی را مطرح کرده است (Thomas, ۲۰۰۷). در مورد عوامل مرتبط با پیگیری رژیم های درمانی مطالعات

مختلفی انجام شده است. به عنوان مثال، از نظر پیگیری رژیم غذایی به تنگانی اکافور مراد رژیم غذایی، عدم توانایی در دسترسی به منابع غذایی مناسب و اخلاقی این ریزه سال در مورد دسترسی انتخاب غذاهای ناسالم، پایین بودن انگیزه و مسائل روانی چون افسردگی اشاره نموده اند (Bosworth و همکاران ۲۰۰۵).

ولی در مورد ارتباط عوامل روانشناختی از جمله خودپنداره و پیگیری رژیم های درمانی پژوهش های محدودی موجود است که در این رابطه اتفاق نظر وجود ندارد. با توجه به اینکه ارتباط بین پیگیری رژیم های درمانی و میزان مرگ در بیماران با مشکلات قلبی ثابت شده است، لذا عوامل مرتبط با آن نیز باید به درستی بررسی شود.

Mortimer-Stephens & Dunbar-Jacob در سال ۲۰۰۱ بیان کردند که ۶۰٪ افراد با اختلال مزمن پیریور درمان نسبتا ضعیفی دارند. زمانی که افراد دچار پیگیری مناسب اثرات درمانی کمتری را تجربه می کنند ممکن است این امر باعث افزایش تجویز مقدار دارو و قطع یکی از داروها شود. زیرا کارکنان تیم بهداشتی بر این باورند که دارو موثر نیست. این نتیجه گیری اغلب بر اساس این فرض است که بیمار داروهای تجویز شده را به درستی دریافت کرده است در حالی که، نحوه پیگیری ممکن است اغلب عوارضی داروها باشد.

زمانی که شرایط بیماری، به طور ایده آل درمان نشود، علائم و عوارض ممکن است بدتر شود که منجر به افزایش استفاده از بیمارستان و خدمات اورژانس، ویزیت پزشکی و دیگر منابع

چپ آنها کنترل شد و پس از ۱۰ دقیقه مجدداً فشار خون همان افراد گرفته شد. نهایتاً بین میانگین قبل و بعد آنها با استفاده از Paired-Samples T-Test تفاوت معنی دار آماری بدست نیامد ($P > 0/05$).

جهت انجام پژوهش، پس از اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر هر روز صبح و عصر به درمانگاه های مورد پژوهش رفته و با بیماران به طوری که با برنامه های درمانی آنها تداخل نداشته باشد ملاقات کرده و خود را به بیمارانی که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند معرفی و در اتاقی که با مسئولین درمانگاه برای کاهش تنش و راحتی پاسخ دهی به سوالات هماهنگ گردیده بود، هدف از پژوهش توضیح داده می شد. پس از جلب رضایت بیماران و کسب رضایت نامه کتبی، برای اطمینان از تکمیل پرسشنامه ها و پاسخ به همه سوالات، پرسشنامه ها به روش مصاحبه تکمیل و سپس فشار

خون آنها در روزهای پژوهش کنترل و ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده ها در پرسشنامه ها با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار (برای بررسی های Parametric) و Coefficient, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis Stepwise Multiple و Spearman's Correlation (Regression) و به وسیله بسته نرم افزاری Spss نسخه ۱۶ انجام شد.

نتیجه

از ۱۲۰ نفر نمونه های مورد پژوهش ۷۶/۷ درصد زن، ۹۱/۷ درصد ماهر و ۵۶/۷ درصد خانه دار بودند. میانگین و انحراف معیار سن نمونه های مورد پژوهش ($52/33 \pm 5/60$) بود و ۳۱/۷ درصد افراد مورد پژوهش سطح تحصیلات دیپلم، ۳۴/۲ درصد نیز سطح درآمدهای بین ۶۰۰۰۰ - ۴۵۰۰۰۰ تومان را ذکر نموده اند. کنترل های فشار خون و مصرف روزانه ۱ تا ۲ عدد داروی ضد فشار خون بیشترین فراوانی را در بین افراد مورد پژوهش داشت. ۳۹/۲ درصد افراد مورد پژوهش تحت درمان با یک نوع داروی ضد فشار خون بودند که بیشترین فراوانی دسته دارویی ضد فشار خون تبریر شده، مربوط به بلوک کننده بتا آدرنرژیک می باشد. میانگین و انحراف معیار فشارخون سیستول و دیستول کنترل شده در روز مراجعه به درمانگاه به ترتیب $152/2 \pm 136/2$ و $101/18 \pm 87/85$ میلی متر جیوه بود. میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا نمونه های مورد پژوهش به پر فشاری خون $5/26 \pm 6/20$ سال می باشد.

بودن حداقل یک سال سابقه پر فشاری خون، مصرف حداقل یک داروی ضد پر فشاری خون و عدم وجود بیماری همراه دیگر و داشتن آگاهی در مورد رژیم غذایی کم نمک و کم چرب و انجام پیاده روی حداقل سه روز در هفته بود.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه ای شامل سه قسمت و دستگاه فشار سنج جهت کنترل فشار خون بیماران بود. بخش اول پرسشنامه، حاوی مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری افراد، بخش دوم شامل پرسشنامه پژوهشگر ساخته بررسی ابعاد خودپنداره در بیماران قلبی-عروقی بر اساس "الگوی سازگاری روی" که مشتمل بر ۴۱ سوال است و در پنج بعد خودپنداره که عبارت است از: Self Ideal, Body Sensation, Body Image, Self Consistency, Spiritual Self Moral_Ethical تنظیم شده است. هر سوال به صورت لیکرت ۴ گزینه ای طراحی گردیده است. ۱۷ سوال تهدید درک شده است. ای ابعاد خودپنداره و سازگاری در افراد مبتلا به فشار خون خودپنداره در فرد می باشد. پرسشنامه نرسیده به بررسی پر فشاری خون هیل-بن می باشد که شامل ۱۴ سوال است که در سه قسمت پیگیری رژیم های دارویی، رژیم غذایی و پیگیری وعده ملاقات پزشکی توسط (Kim و همکاران ۲۰۰۰) به صورت لیکرت ۴ گزینه ای طراحی شده است.

اعتبار پرسشنامه ها به روش اعتبار محتوی و اعتبار دستگاه کنترل فشارسنج با استناد به کارخانه سازنده و استفاده از کالیبراتور دستگاه کنترل فشار خون با ماک Cuff it k ساخت نوادای آمریکا توسط مهندس پزشکی بیمارستان بررسی شد. در طول پژوهش نیز از یک دستگاه کنترل فشار خون مانومتری واحد (مارک LPK2، ساعت، ژاپن) استفاده گردید.

پایایی پرسشنامه ها به روش همسانی درونی انجام شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه پیگیری رژیم درمانی پر فشاری خون هیل بن ۰/۷۱ و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه بررسی ابعاد خودپنداره در بیماران قلبی-عروقی بر اساس الگوی سازگاری روی ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای سوالات تهدید درک شده و تلاش درک شده به ترتیب $\alpha = 0/87$ و $\alpha = 0/90$ به دست آمد. در این پژوهش برای سنجش پایایی دستگاه کنترل فشارخون با استفاده از یک فشار سنج مانومتری واحد، فشارخون ۱۰ نفر از افراد بدون سابقه فشارخون، از دست

جدول فوق بیانگر این مطلب می باشد که کاهش تهدید درک شده خودپنداره کلی و بعد تصویر ذهنی آن و افزایش چالش درک شده در بعد خود ایده آل، منجر به افزایش پیگیری رژیم درمانی می شود و مقدار ضریب تعیین مدل مشخص کرد که ۵۲/۰ درصد از تغییرات نمره پیگیری رژیم های درمانی توسط این متغیرها توصیف می شود.

بحث و نتیجه گیری

محدوده درصد نمرات پیگیری دارویی کسب شده افراد مورد پژوهش ۱۰۰-۷۲ به دست آمد در همین راستا Gohar و همکاران در سال ۲۰۰۸ میزان پیگیری دارویی بیماران با پر فشاری خون را ۷۰-۵۰ درصد بیان کرده اند و خاطر نشان نموده اند که میزان پیگیری به نمونه های مورد پژوهش، طول مدت تشخیص و روش اندازه گیری پیگیری رژیم های درمانی بستگی دارد.

محدوده پیگیری رژیم های درمانی در مطالعه دست آمد. Albert (۲۰۰۸) محدوده نمرات پیگیری رژیم های درمانی را ۸۷-۲۴ درصد گزارش نموده است. Kiyak & Laha npe (۲۰۰۷) گزارش کرده اند.

پژوهش خود در سال ۱۹۹۹ پیگیری رژیم غذایی را ضعیف گزارش نموده اند. در حالی که Thomas (۲۰۰۷) پیگیری رژیم غذایی را در بیماران با ناراحتی قلب خوب گزارش کرده است.

محدوده درصد نمرات پیگیری رژیم های درمانی و وعده ملاقات پزشکی ۱۰۰-۱۱ درصد به دست آمد. Albert (۲۰۰۸) محدوده نمرات پیگیری وعده ملاقات را ۸۴-۱۶ درصد گزارش کرده است. به نظر می رسد در پژوهش حاضر بیماران به دلیل اعتماد به نحوه درمان پزشکی و پزشکان بیمارستان اصرار داشتند که حتما توسط ایشان ویزیت شوند و سعی می کردند وعده ملاقات پزشک را از دست ندهند چرا که مجبور می شدند در نوبت ۳ تا ۴ ماهه مجدداً قرار بگیرند.

در پژوهش حاضر بین پیگیری رژیم های درمانی و تهدید درک شده کلی و تهدید درک شده برای ابعاد مختلف خودپنداره رابطه معنوی معنی داری وجود دارد. این بدان معنا می باشد که هر چه رژیم های درمانی بیشتر به عنوان تهدید برای بعد احساس بدنی، تصویر ذهنی، ثبات فردی، خود ایده آل و خود اخلاقی به معنای خود پنداره درک شود، احتمال پیگیری رژیم های درمانی کاهش می یابد. در حالی که در پژوهش Thomas (۲۰۰۷) ارتباط معنی دار ضعیف تا متوسط بین پیگیری و نمره تهدید کلی و تهدید ابعاد احساس بدنی، تصویر ذهنی، ثبات

محدوده درصد نمرات پیگیری دارویی کسب شده افراد مورد پژوهش ۱۰۰-۷۲ درصد، پیگیری رژیم غذایی ۱۰۰-۵۰ درصد و محدوده درصد نمرات پیگیری وعده ملاقات پزشکی ۱۰۰-۱۲ درصد به دست آمد.

میانگین و انحراف معیار درصد امتیاز کسب شده تهدید درک شده در بعد ثبات فردی بیشتر از بقیه ابعاد خودپنداره بود (۱۴/۶۰ ± ۸۹/۴۴ درصد) و میانگین و انحراف معیار درصد امتیاز کسب شده از تهدید درک شده در بعد تصویر ذهنی از بقیه ابعاد خودپنداره کمتر بود (۱۴/۱۴ ± ۳۳/۹۶ درصد).

میانگین و انحراف معیار درصد امتیاز کسب شده از چالش درک شده در بعد خود اخلاقی - معنوی بیشتر از بقیه ابعاد خودپنداره بود (۵/۷۰ ± ۹۵/۳۳ درصد) و میانگین و انحراف معیار درصد امتیاز کسب شده از چالش درک شده بعد ثبات فردی از بقیه ابعاد خودپنداره کمتر بود (۱۳/۱۰ ± ۸۶/۹۸ درصد).

پیگیری رژیم های درمانی با تهدید درک شده کلی و تهدید درک شده برای ابعاد مختلف خودپنداره رابطه معکوس و معنی داری دارد. کسب نمرات پیگیری رژیم های درمانی در

پیگیری رژیم های درمانی با چالش درک شده کلی و چالش ابعاد احساس بدنی، ثبات فردی، خود ایده آل ($P < 0/001$)، خود اخلاقی - معنوی ($P = 0/027$) خود پنداره رابطه معکوس و معنی دار دارد و همبستگی آن با ابعاد مختلف درک شده برای خود ایده آل و ثبات فردی از دیگر ابعاد بیشتر است.

جدول ۱: نتایج رگرسیون چندگانه بین نمره پیگیری رژیم درمانی و نمرات تهدید و چالش درک شده برای ابعاد مختلف خودپنداره را به روش گام به گام نشان می دهد.

جدول ۱: نتایج رگرسیون چندگانه بین نمره پیگیری رژیم درمانی و نمرات تهدید درک شده و چالش درک شده برای ابعاد مختلف خودپنداره به روش گام به گام در بیماران سرپایی مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان های آموزش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

متغیر	برآورد	خطای معیار	P-value	ضریب تعیین مدلی
نمره تهدید درک شده کلی برای خودپنداره	-۰/۳۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱	
نمره چالش درک شده بعد خود ایده آل خودپنداره	۰/۴۱	۰/۱۶	۰/۰۰۹	۰/۵۲
نمره تهدید درک شده بعد تصویر ذهنی خودپنداره	-۰/۳۲	۰/۱۴	۰/۰۲۸	

وی را قادر می سازد محرک تنش زا را برطرف نماید و منجر به پیگیری رژیم های درمانی و سازگاری یکپارچه فرد می شود. مداخلات می تواند بر تهدید درک شده کلی برای ابعاد خودپنداره و بعد تصویر ذهنی خودپنداره بیماران متمرکز گردند، چرا که در پژوهش حاضر و پژوهش Thomas در سال ۲۰۰۷ این دو متغیر به عنوان متغیرهای مرتبط در پیگیری شناخته شده اند.

محدودیت های پژوهش

- از آنجا که داده ها توسط پرسشنامه جمع آوری گردید، بیماران فقط بر مبنای پاسخ های موجود اظهار نظر نمودند.
- ثبت برخی از اطلاعات بر اساس حافظه افراد بود که از حیثه کنترل پژوهشگر خارج بوده است.

تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم رقیه اسماعیلی به راهنمایی خیم دکتر طهره اشک تراب است. شرح پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران است. بدین مناسبت به از همکاری و راهنمایی مرید پژوهشگر، دکتر ان در مانگاه های قلب بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق سید الشهداء (ع)، بیمارستان آیت الله طالقانی و بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ارمیه قدر دانی می شود.

فردی و خود ایده آل وجود داشت ولی ارتباط معنی دار آماری بین تهدید خود اخلاقی - معنوی و پیگیری یافت نشده بود. از طرفی، پیگیری رژیم های درمانی با چالش درک شده کلی و چالش ابعاد احساس بدنی، ثبات فردی، خود ایده آل، خود اخلاقی معنوی خودپنداره رابطه معنی داری دارد، در حالی که در پژوهش Thomas (۲۰۰۷) ارتباط مثبت بین چالش درک شده کلی و چالش درک شده در ابعاد خودپنداره وجود دارد و این بدان معنا می باشد که هر چه رژیم های درمانی بیشتر به عنوان چالش برای بعد احساس بدنی، تصویر ذهنی، ثبات فردی، خود ایده آل و خود اخلاقی - معنوی خودپنداره درک شود، احتمال پیگیری رژیم های درمانی افزایش می یابد.

نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که کاهش درک تهدید خودپنداره کلی و بعد تصویر ذهنی آن و افزایش درک چالش در بعد خود ایده آل، منجر به افزایش پیگیری رژیم درمانی می شود. در پژوهش Thomas در سال ۲۰۰۷ درک تهدید خودپنداره کلی و بعد احساس بدنی و چالش درک شده خودپنداره کلی و بعد احساس بدنی معنوی تصویر ذهنی آن، شاخص های معنی دار تغییرات بهره پیگیری رژیم درمانی محاسبه شدند. در حالی که نتایج احراری (۱۳۸۸) نشان داد، کاهش درک تهدید خودپنداره و ابعاد آن و افزایش درک چالش خودپنداره و ابعاد آن منجر به افزایش تبعیت از رژیم درمانی می شود.

با توجه به اینکه پیگیری به عنوان مشکلی است که بر شیوه های تطابقی فرد تمرکز دارد، برنامه ریزان پرستاری بایستی در پی مداخلاتی همچون مشاوره و آموزش باشند که افراد در مقابله با محرکات محیطی آنها را با عمل به چالش برای خودپنداره درک نمایند چرا که درک شناختی تنش به عنوان چالش، فرد را به راه های حل مشکل هدایت می کند.

REFERENCES

- Ahrari Shahnaz (2009). [The relationship between self-concept cognitive perception and adherence to treatment regimen in heart failure patients who refers to Ghaem and Emam Reza hospitals], MS Thesis in Mashhad University of Medical Science, School of Nursing and Midwifery. [Persian]
- Albert N (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical Care Nurse*. 28 (5) 54-64
- Bosworth H. B et al (2005). Patient Treatment Adherence Concepts, Interventions, and Measurement. London. Routledge.
- Chobanian A V et al (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *The American Journal of Managed Care*. 289(19):2560-2571
- Dunbar-Jacob J Mortimer-Stephens MK (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54 Suppl . 1: S57-S60

- Feizollahzade Sima (1997). [The investigation of effective factors on compliance of therapeutic regimen in patient with chronic hemodialysis], MS Thesis in Faculty of Nursing & Midwifery Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services. (Persian)
- Gohar F et al (2008). Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 8 (4). 1-9
- Hajjar I Kotchen T A (2003). Trend in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *Journal of the American Medical Association*. 290 (2) 199-206
- Kim MT et al (2000). Development and testing of Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Cardiovascular Nursing*. 15 (3) 90-96
- Kyngas H, Lahdenpera T (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (4) 832-839
- McEwen M Wills E.M (2005). *Theoretical Basis for Nursing*. 2nd Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Rogers C Keller C (2009). Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric Nursing* 30 (25) 21-26
- Roy C Andrews H. A (1999). *The Roy's Adaptation Model*. Stamford. Appleton & Lange.
- Sokol M C et al (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care*. 43 (6) 521-530
- Thomas C M (2007). The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 22 (5) 388-416

Jaws PDF Creator

EVALUATION

VALUTAZIONE

EVALUATION

EVALUACIÓN

EVALUATION