

## تأثیر مشارکت رابطین بهداشتی بر چگونگی بکارگیری رژیم غذایی و دارویی در مبتلایان به پرفشاری خون

\*دکتر رخشنده محمدی<sup>۱</sup> دکتر مریم نوری تاجر<sup>۲</sup> حمید حقانی<sup>۳</sup>

### چکیده

پرفشاری خون یکی از مشکلات مهم سلامتی در جهان است. این مشکل با یک برنامه مراقبتی مناسب و با تغییر در عادات غذایی و پیروی از رژیم های درمانی تجویز شده در منزل قابل کنترل است. ملاقات کارکنان بهداشتی در منازل با مبتلایان موجب کنترل این بیماری می شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشارکت رابطین بهداشتی در بکارگیری رژیم غذایی و دارویی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد از نوع مداخله ای بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحت پوشش رابطین ستاد ۵ منطقه غرب تهران بود. روش نمونه گیری سرشماری و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۸۴ نفر بیمار مبتلا به پرفشاری خون (۹۲ نفر در گروه مورد و ۹۲ نفر در گروه شاهد) بوده و محیط پژوهش منازل بیماران واقع در محدوده ستاد ۵ منطقه غرب تهران بود.

تکمیل پرسشنامه در دو مرحله برای گروه مورد و شاهد توسط رابطین بهداشتی انجام شد. در گروه شاهد بدو ورود به پژوهش و یکماه بعد پرسشنامه ها توسط رابطین تکمیل شد. در گروه مورد قبل از اولین بازدید و بعد از بازدید پنجم پرسشنامه ها تکمیل شد. از آزمون  $\chi^2$  برای همگن بودن متغیرها دو گروه مورد و شاهد استفاده شد و از آزمون تی مستقل و کاپا (Kappa) و مک نماز برای دستیابی به اهداف پژوهش استفاده شد.

براساس یافته های پژوهش ۷۳/۵ درصد از گروه مورد و ۷۵ درصد از گروه شاهد زن بودند. در هر دو گروه اکثریت نمونه ها متأهل، خانه دار با تحصیلات ابتدایی یا بیسواد بودند. ۶۲/۳ درصد در گروه مورد و ۵۰ درصد در گروه شاهد دارای سابقه چربی خون بالا بودند.

یافته های پژوهش در ارتباط با چگونگی بکارگیری رژیم غذایی و دارویی در قبل و بعد از مشارکت اختلاف معنی دار را نشان داد ( $P=۰/۰۰۰$ ).

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر موثر بودن مشارکت رابطین بهداشتی در به کارگیری رژیم غذایی بیماران، ضرورت دارد بیماران در زمینه مسائل بهداشتی به طور منظم و مدون آموزش داده شوند تا بتوان با استفاده از این نیروی مردمی گامی در جهت ارتقاء سلامت جامعه و کنترل بیماری ها برداشت.

**واژه های کلیدی:** پرفشاری خون، رابط بهداشتی، مشارکت، بیمار مبتلا به پرفشاری خون

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۵/۳/۲۱

<sup>۱</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (\* مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۳</sup> مربی عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

**مقدمه**

پرفشاری خون از جمله بیماری های مزمن است که کنترل مرتب آن در افراد بالای ۴۰ سال از رفتارهای مهم بهداشتی است.<sup>(۱)</sup> این بیماری گریبانگیر میلیون ها نفر از مردم جهان است. مطالعات همه گیرشناسی نشان می دهد تقریباً ۵۰ میلیون آمریکائی به پرفشاری خون مبتلا هستند و یا در معرض خطر ابتلاء به این بیماری قرار دارند و انتظار می رود که با افزایش امید به زندگی این روند رو به افزایش باشد تقریباً ۳۰ درصد افراد ۷۴-۱۸ ساله در آمریکا فشارخون برابر و یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ دارند.<sup>(۲)</sup>

Frantz و همکاران در نتایج پژوهش خود در کارولینای شمالی گزارش کردند که آموزش موجب کاهش چشمگیر فشارخون می گردد. آنها معتقدند که بسیاری از بیماران مبتلا به پرفشاری خون توانسته اند در منزل خود درمان شوند و این بیماری از طریق یک برنامه مراقبتی مناسب و تغییر در رفتارهای بهداشتی و رژیم غذایی قابل کنترل است. پرستاران ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی در منزل می توانند با عملکرد مناسب به بیماران کمک کنند تا بر پرفشاری خون غلبه کنند.<sup>(۳)</sup>

Cerber و Stewart می نویسند از طریق مراقبت در منزل می توان یک مداخله طولانی برای خانوادههایی که دچار مشکل شده اند انجام داد.<sup>(۴)</sup> ایران در شرایط کنونی حرکت به سوی توسعه را تجربه می کند و استفاده از رابطین بهداشتی در ارائه خدمات بهداشتی در منزل علاوه بر صرفه جوئی در هزینه و وقت، با توجه به محلی بودن آنها فرصت مناسبی را برای آموزش به مددجویان و خانواده آنها در منزل ایجاد کرده است.<sup>(۳)</sup> Frantz اعتقاد دارد ملاقات

کارکنان بهداشتی در منازل با خانوادهها موجب تشخیص زودرس و کنترل بیماریها می شود و فرصت مناسب را برای ارائه خدمات کیفی فراهم می آورد.<sup>(۴)</sup> فاتحی بیان می دارد که رابطین بهداشتی از جمله نیروهای مردمی هستند که می توان به مدد آنها با توجه به دوره های آموزشی که می بینند دوام و استمرار خدمات را از طریق انتقال آموخته های آنها به جامعه تحت پوشش تأمین کرد. لذا آماده سازی آنها در زمینه آموزش مراقبت از خود به بیماران مبتلا به پرفشاری خون می تواند گامی در جهت استفاده از مشارکت نیروهای مردمی و نهایتاً ارتقاء سلامت جامعه باشد.<sup>(۳)</sup>

Kangas و Lahdenpera در سال ۱۹۹۹ در کارولینای شمالی پژوهشی با هدف تأثیر مشارکت مروجین بهداشتی در رضایت بیماران و چگونگی کیفیت خدمات انجام دادند. نتایج پژوهش مبتنی بر تأثیر مثبت مشارکت مروجین بود.<sup>(۶)</sup>

لذا با توجه به مطالب پیشگفت پژوهشگر بر آن شد مطالعه ای را تحت عنوان تأثیر مشارکت رابطین بهداشتی که از افراد محلی منطقه مورد مطالعه بودند بر به کارگیری رژیم غذایی و دارویی در بیماران مبتلاء به پرفشاری خون انجام دهد.

**روش بررسی**

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای بود، محیط پژوهش منازل بیماران واقع در محدوده ستاد ۵ از منطقه غرب تهران بود. این ستاد دارای ۸ مرکز بهداشت شهری و روستائی می باشد. از میان ۸ مرکز بهداشتی، مراکز بهداشتی کن (با ۲۸ رابط)، المپیک (با ۱۰ رابط) و سردار جنگل (با ۸ رابط) انتخاب گردیدند.

این رابطین بهداشتی با جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی مذکور در رابطه بوده و به نمونه‌ها در منزل دسترسی دارند.

جامعه پژوهش کلیه افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به پرفشاری خون بودند که دارای پرونده بهداشتی خانوار بوده و خود و خانواده آن‌ها تحت پوشش یکی از مراکز بهداشتی مورد نظر بودند و پرفشاری خون در پرونده آن‌ها ثبت شده بود و دارای سابقه ابتلای به پرفشاری خون بیش از یک‌سال داشتند.

برای نمونه گیری ابتدا اسامی کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری خون از پرونده‌های موجود در هر مرکز استخراج گردید و در مرحله بعدی اسامی رابطین باسواد بالاتر از راهنمایی، که دوره‌های مخصوص رابطین را براساس کتاب "مجموعه آموزش رابطین" گذرانیده و مورد تأیید مربیان برای ورود به پژوهش بودند از مربیان اخذ و رابطین هر مرکز بهداشتی و آدرس مناطق تحت پوشش آن‌ها مشخص شد. پژوهشگر با حضور در هر مرکز بهداشتی بعد از معرفی طرح و چگونگی انجام کار، آموزش‌های لازم در مورد به کارگیری رژیم غذایی و دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون را به رابطین ارائه و کتابچه آموزشی در اختیار هر یک از رابطین قرار گرفت. تاریخ بازدیدها و محتوای هر جلسه و نحوه پیگیری مطالب ارائه شده در ۵ جلسه برای گروه مورد از قبل مشخص و به آن‌ها ارائه شد. سپس بیماران مبتلا به پرفشاری خون ساکن در آن مناطق به صورت تصادفی یکی در میان در دو گروه مورد و شاهد قرار داده شدند. کلیه افراد مبتلا به نمونه‌های پژوهش بودند. حجم نمونه در هر گروه ۹۲ نفر بود و جمعاً ۱۸۴ نفر از مبتلایان جامعه پژوهش را تشکیل دادند. تعداد رابطین واجد شرایط در مرکز کن

۱۲ نفر، در مرکز سردار جنگل ۶ نفر و در مرکز المپیک ۸ نفر بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات برگه ثبت اطلاعات مربوط به مبتلایان به پرفشاری خون و پرسشنامه بود. پرسشنامه حاوی سؤالات مربوط به موارد رژیم غذایی و دارویی بود که رابطین قبل از بازدید اول و بعد از بازدید پنجم برای گروه مورد آن را تکمیل کردند و پرسشنامه‌های مربوط به گروه شاهد نیز در بدو پژوهش و یک ماه بعد از آن توسط رابطین تکمیل شد.

جمع‌آوری داده‌ها در مراکز بهداشتی و منازل نمونه‌ها بود. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور توصیف اطلاعات گردآوری شده از درصد، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی برای تعیین تأثیر مشارکت رابطین استفاده شد. جهت تعیین و مقایسه عملکرد رژیم غذایی و دارویی بیماران مبتلا به پرفشاری خون قبل و بعد از مشارکت رابطین از آزمون تی مستقل، کای دو و مک نمار و کاپا استفاده شد. جهت آزمون فرضیه پژوهش از آزمون آماری تی مستقل و کاپا استفاده شد. از تست Levenes برای آزمون برابری واریانس‌ها در ارتباط با چگونگی مصرف مواد غذایی قبل و بعد از مشارکت در گروه مورد و شاهد استفاده شد و سپس برای تعیین اختلاف بین میانگین‌ها در مورد مصرف مواد غذایی از آزمون تی مستقل استفاده شد.

### نتایج

براساس نتایج ۷۵ درصد در گروه شاهد و ۷۴ درصد در گروه مورد، مؤنث بودند و ۸۳ درصد آنان در هر دو گروه مورد و شاهد متأهل بودند. و محدوده

سنی واحدهای مورد پژوهش بین ۸۰-۱۹ سال بود، همچنین ۹۲/۲ درصد افراد مورد در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال و ۳۶/۳ درصد افراد مورد در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه مورد ۵۸/۷۸ سال با انحراف معیار ۱۳/۳ سال و در گروه شاهد ۵۶/۷ با انحراف معیار ۱۱/۷ سال بود. از نظر وضعیت شغلی اکثریت نمونه ها در هر دو گروه خانه‌دار بودند. از نظر میزان تحصیلات ۴۱/۸ درصد گروه مورد و ۳۱/۹ درصد گروه شاهد بیسواد و ۴۴/۱ درصد گروه مورد و ۴۱/۸ درصد گروه شاهد تحصیلات در حد ابتدایی داشتند. میانگین وزن در گروه مورد ۷۳/۲ کیلوگرم با انحراف معیار ۱۰/۶ کیلوگرم بود و میانگین وزن گروه شاهد ۷۴/۵ با انحراف معیار ۱۴/۴ کیلوگرم بود. ۳۴/۲ درصد گروه مورد و ۳۱/۱ درصد گروه شاهد بین ۶۹-۶۰ کیلوگرم وزن داشتند. بیش از ۱۰ درصد نمونه ها وزن بیش از ۹۰ کیلوگرم داشتند. از نظر سابقه فشارخون ۳۳/۷ درصد از گروه مورد بدون سابقه فشار خون و ۹۲/۳ درصد گروه شاهد ۵-۲ سال سابقه فشار خون داشتند. در گروه شاهد ۳۹/۹ درصد و در گروه مورد ۳۲/۶ درصد سابقه فشار خون مساوی یا بیش از ۵ سال داشتند. در ارتباط با سابقه بیماری به غیر از فشار خون مانند نقرس، چربی بالا و دیابت بیشترین افراد گروه مورد ۶۲/۳ درصد گروه مورد و ۵۰ درصد گروه شاهد به چربی بالا مبتلا بودند و ۱۵/۱ در گروه مورد و ۲۵ درصد گروه شاهد دیابت و چربی بالا را با هم داشتند.

در ارتباط با هدف اول پژوهش تعیین و مقایسه عملکرد رژیم غذایی و داروئی بیماران مبتلا به پرفشاری خون قبل و بعد از مشارکت رابطین در گروهی که خدمات را در منزل دریافت کرده اند، نتایج حاکی از آن بود که قبل از آموزش ۳۳ درصد از

بیماران حداقل یک‌بار در ماه گوشت گوساله پرچرب استفاده می کردند که این میزان بعد از آموزش به ۲۸ درصد تقلیل یافت. هم چنین ۳۶ درصد از بیماران قبل از آموزش در ماه بیش از ۳ بار از گوشت گوسفند استفاده می کردند که این مقدار بعد از آموزش به ۲۳ درصد کاهش یافت. هم چنین در ارتباط با استفاده از غذای سرخ کردنی قبل و بعد از آموزش تغییراتی حاصل گردید. هم چنین ۷۸ درصد از بیماران قبل از آموزش اظهار نمودند که هرماه حداقل ۲ بار از همبرگر در رژیم غذایی خود استفاده می کنند که بعد از آموزش این مقدار به نصف (۳۹درصد) رسید. در ارتباط با مصرف غذاهای آماده (کالباس و سوسیس) قبل از آموزش ۳۰ درصد بیماران دوبار در هفته از این غذاها استفاده می کردند که بعد از آموزش این مقدار به ۲۰ درصد کاهش یافت. در مورد مصرف سس مایونز، قبل از آموزش ۱۶ درصد بیماران اظهار نمودند که دو بار در هفته از این ماده غذایی استفاده می کنند که بعد از آموزش مصرف این ماده به ۹ درصد رسید. هم چنین قبل از آموزش استفاده از سالاد در برنامه رژیم غذایی روزانه بیماران ۱۷/۵ درصد بود که بعد از آموزش به ۳۰ درصد افزایش یافت. در مورد استفاده از غلات سبوس دار ۲۶درصد گروه مورد بیش از یک تا دو بار از غلات در هر هفته در رژیم غذایی خود استفاده می کردند که این میزان پس از آموزش به ۳۷ درصد رسید. هم چنین استفاده روزانه از سبزیجات پخته قبل از آموزش ۱۵ درصد و بعد از آموزش ۲۱ درصد بود. در ارتباط با مصرف گوشت ماهی ۳۵ درصد (بیشترین مقدار) از بیماران قبل و بعد از آموزش اظهار نمودند که در هر ماه فقط یکبار از گوشت ماهی استفاده می کنند. در مورد استفاده از

استفاده از مواد غذایی مثل کالباس و سوسیس و استفاده از تخم مرغ ۲ تا ۳ بار در هفته و استفاده از بستنی در رژیم غذایی و استفاده از سس مایونز و سبزیجات پخته و مغزهای پسته و بادام قبل و بعد از آموزش تغییری حاصل نگردید.

در ارتباط با به کارگیری رژیم غذایی در گروهی که خدمات در منزل را دریافت کرده (گروه مورد) و گروهی که این خدمات را دریافت نداشتند (گروه شاهد)، آزمون آماری کاپا در ارتباط با اضافه کردن نمک به غذا در حین پخت اختلاف معنی دار قبل و بعد از مشارکت در گروه مورد و شاهد ( $P=0/000$ ) به دست آمد (جدول شماره-۱).

در ارتباط با اضافه کردن نمک به غذا بعد از چشیدن آن آزمون آماری کاپا اختلاف معنی دار را قبل و بعد از مشارکت در گروه مورد و شاهد نشان داد ( $P=0/000$ ). افزودن نمک به غذا بعد از چشیدن در گروه مورد نسبت به گروه شاهد بعد از مشارکت صفر به ۹/۳ درصد بوده است (جدول شماره-۲).

در ارتباط با مصرف مواد غذایی به طور کلی آزمون آماری تی مستقل تمایل به اختلاف معنی داری را در گروه مورد بعد از مشارکت رابطین نشان داد (جدول شماره-۳).

مغزهای پسته و گردو ۴۴ درصد بیماران اظهار نمودند که از این مواد فقط یکبار در ماه استفاده می کنند که پاسخ ها قبل و پس از آموزش تفاوتی نداشت.

در مورد مصرف تخم مرغ در رژیم غذایی، قبل از آموزش ۴۰ درصد بیماران اظهار نمودند که دو بار در هفته از تخم مرغ استفاده می کنند که بعد از آموزش این مقدار به ۲۱ درصد تقلیل یافت.

در ارتباط با مصرف چیپس و سیب زمینی سرخ شده به تعداد ۵ بار در هفته تغییری در قبل و بعد از آموزش حاصل نگردید (۴۳ درصد قبل و بعد).

در مورد مصرف بستنی به مقدار سه بار در ماه قبل از آموزش ۲۸ درصد و بعد از آموزش ۱۵ درصد بود. هم چنین ۶۲ درصد گروه مورد بیش از ۵ بار در هفته از سبزیجات پخته استفاده می کردند که بعد از آموزش در این مقدار تغییر چندانی حاصل نگردید.

در مورد هدف دوم پژوهش یعنی تعیین و مقایسه عملکرد رژیم غذایی و داروئی بیماران مبتلاء به پرفشاری خون در گروهی که خدمات در منزل را دریافت نکرده اند، حاکی از آن بود که قبل و بعد از آموزش در مورد مصرف گوشت گوساله پرچربی و گوشت گوسفند به مقدار ۲-۳ بار در ماه تغییری وجود نداشت، هم چنین در مورد استفاده از مواد سرخ کردنی

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی افزودن نمک حین پخت در گروه شاهد و مورد قبل و بعد از مشارکت رابطین

نتیجه آزمون	جمع	هرگز	گاهی اوقات	روزانه	بعد	
					قبل	پس از
کاپا	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
$P=0/000$	۴۱ (۴۸/۲)	۲ (۲/۴)	۱۵ (۱۷/۶)	۲۴ (۲۸/۲)	روزانه	۲۴ (۲۸/۲)
	۳۰ (۳۵/۳)	۴ (۴/۷)	۱۸ (۲۱/۲)	۸ (۹/۴)	گاهی اوقات	۸ (۹/۴)
	۱۴ (۱۶/۵)	۵ (۵/۹)	۶ (۷/۱)	۳ (۳/۵)	هرگز	۳ (۳/۵)
	۸۵ (۱۰۰)	۱۱ (۱۲/۹)	۳۹ (۴۵/۹)	۳۵ (۴۱/۲)	جمع	۳۵ (۴۱/۲)
$P=0/000$	۲۷ (۳۱/۴)	۰ (۰)	۱۳ (۱۵/۱)	۱۴ (۱۶/۳)	روزانه	۱۴ (۱۶/۳)
	۴۷ (۵۴/۷)	۶ (۷)	۳۴ (۳۹/۵)	۷ (۸/۱)	گاهی اوقات	۷ (۸/۱)
	۱۲ (۱۴)	۶ (۷)	۵ (۵/۸)	۱ (۱/۲)	هرگز	۱ (۱/۲)
	۸۶ (۱۰۰)	۱۲ (۱۴)	۵۲ (۶۰/۵)	۲۲ (۲۵/۶)	جمع	۲۲ (۲۵/۶)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی افزودن نمک به غذا بعد از چشیدن در گروه شاهد و مورد قبل و بعد از مشارکت رابطین

نتیجه آزمون	جمع		هرگز		گاهی اوقات		روزانه		بعد	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	قبل	گروه شاهد
P=۰/۰۰۰	۱۴ (۱۶/۳)	۳ (۳/۱۵)	۵ (۵/۸)	۳ (۳/۵)	۸ (۹/۳)	روزانه	۳ (۳/۵)	۲۶ (۳۰/۲)	۳ (۳/۵)	گاهی اوقات
	۳۴ (۳۹/۵)	۲۵ (۲۹/۱)	۱۱ (۱۲/۸)	۲ (۲/۳)	۳ (۳/۵)	هرگز	۲ (۲/۳)	۴۰ (۴۶/۵)	۱۳ (۱۵/۱)	جمع
	۳۸ (۴۴/۲)	۳۳ (۳۸/۴)	۴۰ (۴۶/۵)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	روزانه	۱ (۱/۳)	۲۷ (۳۵/۱)	۱ (۱/۳)	گاهی اوقات
	۸۶ (۱۰۰)	۳۳ (۳۸/۴)	۴۰ (۴۶/۵)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	هرگز	۰ (۰)	۳۸ (۴۹/۴)	۰ (۱/۳)	جمع
P=۰/۰۰۰	۸ (۱۰/۴)	۳ (۳/۹)	۱۰ (۱۳)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	روزانه	۱ (۱/۳)	۲۷ (۳۵/۱)	۱ (۱/۳)	گاهی اوقات
	۳۸ (۴۹/۴)	۲۵ (۳۲/۵)	۶ (۷/۸)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	هرگز	۰ (۰)	۳۸ (۴۹/۴)	۰ (۱/۳)	جمع
	۳۱ (۴۰/۳)	۲۵ (۳۲/۵)	۶ (۷/۸)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	روزانه	۱ (۱/۳)	۲۷ (۳۵/۱)	۱ (۱/۳)	گاهی اوقات
	۷۷ (۱۰۰)	۳۸ (۴۹/۴)	۳۸ (۴۹/۴)	۵ (۶/۵)	۰ (۰)	هرگز	۰ (۰)	۳۸ (۴۹/۴)	۰ (۱/۳)	جمع

در ارتباط با چگونگی مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک آزمون آماری کاپا اختلاف معنی دار را نشان داد (P=۰/۰۰۰).

در ارتباط با چگونگی مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک آزمون آماری کاپا اختلاف معنی دار را نشان داد (P=۰/۰۰۰).

جدول شماره ۳ - مقایسه میانگین و انحراف معیار عملکرد بیماران مبتلا به پرفشاری خون قبل و بعد از مشارکت رابطین در دو

نتیجه آزمون t مستقل	گروه مورد و شاهد بر حسب مصرف مواد غذایی						مصرف مواد غذایی
	شاهد			مورد			
	N	S	$\bar{X}$	N	S	$\bar{X}$	
t = ۱/۶۸ df=۱۸۲ P= ۰/۰۹	۹۲	۰/۵۰	۱/۵۴	۹۲	۰/۶۶	۱/۶۶	قبل
t = ۱/۸۳ df=۱۸۱ P= ۰/۰۶	۹۲	۰/۵۰	۱۱/۵۶	۹۱	۰/۶۲	۱/۷۱	بعد
	۰/۱۷۶±۰/۵۱۳			۰/۰۱۷±۰/۷۱۸			±Sd $\bar{X}$

مشارکت ۵۱/۱ درصد افراد در این زمان شیر و ماست کم چرب مصرف می کردند. آزمون آماری  $\chi^2$  این اختلاف را بین گروه مورد و شاهد بعد از مشارکت معنی دار نشان داد (P=۰/۰۲۱). در رابطه با مصرف همبرگر یا چیزبرگر آزمون آماری  $\chi^2$  اختلاف معنی دار

بر اساس نتایج مطالعه حاضر یافته ها در ارتباط با به کارگیری رژیم غذایی نشان داد که قبل از مشارکت ۳۰/۲ درصد نمونه ها ۵ بار بیشتر در هفته شیر و ماست پرچرب مصرف می کردند حال آن که بعد از

### بحث و نتیجه گیری

را بین گروه شاهد و مورد بعد از مشارکت رابطين نشان داد ( $P=0/044$ ). در ارتباط با مصرف تخم مرغ یافته ها ارتباط معنی دار را بعد از مشارکت بین گروه مورد و شاهد نشان داد ( $P=0/004$ ).

در ارتباط با مصرف سس مایونز آزمون کای دو اختلاف معنی را بین گروه مورد و شاهد بعد از مشارکت ( $P=0/021$ ) نشان داد. در رابطه با مصرف شیر و ماست هم این اختلاف قبل ( $P=0/021$ ) و بعد ( $P=0/002$ ) در هر دو گروه معنی دار بود. در رابطه با مصرف سالاد این اختلاف بعد از مشارکت در هر دو گروه معنی دار بود ( $P=0/020$ ). در مورد مصرف غلات سبوس دار اختلاف بین گروه مورد و شاهد بعد از مشارکت رابطين معنی دار بود ( $P=0/039$ ). در ارتباط با مصرف سبزیجات پخته یا خام و گوشت ماهی آزمون آماری کای دو اختلاف معنی دار را بعد از مشارکت رابطين بین گروه مورد و شاهد نشان داد ( $P=0/006$ ,  $P=0/047$ ). Harm (۲۰۰۱) در گزارش نتایج مطالعه خود می نویسد بیمار در تغییر رفتارهای بهداشتی خود نقش بسیار فعالی دارد. اما نقش آموزش دهنده در هدایت بیماران به سوی رفتارهای پیشگیری دهنده مورد تاکید می باشد و لذا باید از این اطلاعات در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی به بیمار استفاده کرد.<sup>(۱۱)</sup>

یافته ها نشان داد در گروه مورد قبل از مشارکت رابطين، ۲/۴ درصد نمونه ها از داروهای پائین آورنده فشارخون همراه با رژیم غذایی استفاده می کردند اما بعد از مشارکت ۱۹/۷ درصد با رعایت رژیم غذایی فشار خون خود را تنظیم می کردند آزمون آماری کای دو اختلاف معنی دار را بعد از مشارکت رابطين بین گروه مورد و شاهد نشان داد ( $P=0/001$ ). اکثریت نمونه ها داروهای تجویز شده توسط پزشک

را طبق دستور پزشک مصرف می کردند. ۵/۷ درصد گروه مورد قبل از مشارکت مقدار داروهای تجویز شده را زیاد می کردند اما بعد از مشارکت ۲/۶ درصد این گروه داروهای خود را زیاد می کردند و فقط ۱/۳ درصد مصرف نامنظم دارو داشتند. نتایج تحقیق Kangas و Lahdenpera بیانگر تأثیر مشاوره بر کاهش میزان فشارخون بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بعد از مشاوره رعایت رژیم دارویی در  $\frac{1}{10}$  خوب و  $\frac{2}{3}$  متوسط و  $\frac{1}{4}$  ضعیف بوده است.<sup>(۶)</sup> فشار خون اکثریت نمونه ها به ترتیب اولویت توسط پزشک خصوصی، مراکز بهداشتی، خانواده و بستگان و رابط بهداشتی قبل از مشارکت رابطين اندازه گیری می شد. این ارقام بعد از مشارکت هم به همین صورت بود با این تفاوت که در گروه مورد کنترل فشار خون توسط رابط بهداشتی از ۱/۱ درصد به ۳/۹ درصد افزایش یافت. بدین معنی که مشارکت رابطين در کنترل فشارخون مبتلایان افزایش یافته بود. اعتقاد بر آن است که با آموزش به بیمار و خانواده و جامعه می توان میزان پیروی از رژیم درمانی را در بیماران مبتلا به پرفشاری خون افزایش داد.<sup>(۹)</sup> امروزه در امر مراقبت از خود تأکید بر شناخت باورهای بهداشتی بیماران می باشد و می توان با در نظر گرفتن تمامی جوانب درمانی. ضمن مشارکت فعالانه بیماران مبتلا به پرفشاری خون به آنها در پی ریزی طرح هایی جهت مراقبت از خود کمک کرد.<sup>(۱۰)</sup> یافته های این پژوهش اختلاف معنی دار آماری را در به کارگیری مواد غذایی در قبل و بعد از مشارکت رابطين نشان داد. لذا پیشنهاد می شود با برقراری کلاس های آموزشی ویژه برای بیماران آنها را از عوارض

4- Frantz Ann. Exploring expect cardiac Home care nurse competence and competencies Home Health care. Nurs Center; 2000. 17(11): 1-19.

5- Cerber JC, Stewart DL. Prevention and control of hypertension and diabetes in an underserved population a plan of action. Adv Nurs; 1998. 9(3): 48-52.

6- Kyngas H. Lahdenpera T. Compliance of patient with hypertention associated factors; Contin Educ Nurs; 1999. 29(4): 832-839.

7- Braunwald E. Heart disease Atextbook of cardiovascular disease. 6th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2001. P.48-52.

۸- عباسی محمد. بررسی چگونگی پیروی از رژیم دارویی و ارتباط آن با باورهای بهداشتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مرکز قلب تهران. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری؛ ۱۳۸۴: ۸۰-۸۶.

9- Bastable SB. Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for nursing practice. 2th ed. London: Jones and Bartlet Publishers; 2003. P.244-245.

10- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurse's perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs. 2002. 33(3): 112-118.

11- Harm T. Patient education in Estonia. Patient Educ Couns. 44(1): 2001. 75-8.

12- Jaarsma T, Halfens R, Abusaad H, Stappers J. Quality of life in older patient with systolic and distolic heart failare. Eur J Heart Failure; 2005. 1: 151-160.

بیماری آگاه نموده و اطلاعات بهداشتی آنها را ارتقاء بخشیده تا از این طریق بتوان احتمال بکارگیری رژیم

غذایی بهداشتی را در بیماران تسهیل نمود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثر نمونه های پژوهش از رژیم دارویی بر اساس دستور پزشک پیروی می کردند. اما پاسخ هایی نیز در رابطه با عدم پیروی رژیم دارویی وجود داشت. نتایج پژوهش عباسی ۱۳۸۴ هم حاکی بر همین مطلب است.<sup>(۸)</sup> لذا پیشنهاد می شود که رابطين بهداشتی و حتی پرستاران با آگاه کردن بیماران از عوارض و مسائلی که عدم پیگیری درمان دارد، همچنین با برنامه ریزی اصولی سبب افزایش بکارگیری رژیم درمانی گردند.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران می باشد. از این معاونت به خاطر همکاری و ایجاد تسهیلات تشکر به عمل می آید. همچنین پژوهشگر از تمامی رابطين بهداشتی که انجام پژوهش به کمک آنان میسر گردید کمال سپاسگزاری را دارد.

### فهرست منابع

1- Woods L, Feolicher E, Motzer S. Cardiac Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2000. P.255.

2- Smeltze S, Bare G, Brunner & suddarths. Text book of medical surgical nursing. 20th ed. Philadelphia: Lippincott; 2004. P.1-19.

۳- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. طرح اجرایی برای جلب مشارکت مردمی در قالب رابطين بهداشتی زن. ستاد گسترش شبکه های بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۲: ۵-۴۵.

## *The Effect of Health Intermediators Participation in Diet and Drug Consumption among Patients with Hypertensive Disorders*

\*R. Mohammadi, PhD<sup>1</sup> M. Nooritager, PhD<sup>2</sup> H. Haghani, PhD<sup>3</sup>

### **Abstract**

Hypertension is seen as a serious risk factor in modern societies. Thus, population's screening, with modifying lifestyles, especially in nutrition, and the patients' follow-up are the most essential strategies for the control of this disorder.

This interventional study was undertaken to determine the effect of participation of health intermediators Diet and Drug consumption in patients affected by hypertensive disorders under the auspices of medical health care. The sample consisted of hypertensive patients (92 in intervention group, 92 in control group). All the subjects, were selected from Health Centers in the West District of Tehran. Intermediators had five home visits for each patient from intervention group. The questionnaires were completed before and after the intervention. In this study, we used kappa, McNemar, independent sample t-test and chi-square ( $\chi^2$ ) tests.

The study, findings showed that 73.5% of intervention group and 75% of the control groups were women. The majority of the subjects in both groups were married, house wives, with either illiteracy or elementary education. 62.3% of the intervention group and 50% of the control group had high cholesterol background.

Kappa test showed a significant difference concerning self-care related to nutrition control, as namely adding salt at the time of cooking ( $P=0.007$ ,  $P=0.0001$ ) and adding salt at the time of serving the food ( $P=0.007$ ,  $P=0.0001$ ) before and after intermediatories participation. Also kappa test showed a significant difference concerning self-care related to health habits, as hypertension control ( $P=0.012$ ,  $P=0.000$ ) before and after intermediaries participation. Also there was a significant difference regarding to drug usage and consultation with physician in the intervention and control group.

In general, hypertension control is very important. Thus, it would be necessary that we have an effective caring program for these patients. Because intermediors participation, in relation to patient education is important, we recommend that the patients should receive routine continuing education and actively participate in nursing home visits. We believe that in this context, they can play an important role in work force for benefit of health promotion in the community.

**Key Words: Participation, Intermediator, Hypertension disorder**

<sup>1</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author)

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Senior Lecture, Faculty of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.