

## مقایسه ی تاثیر آموزش خود مراقبتی بر اساس مدل اورم با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا شهرستان رفسنجان

فاطمه صادقی<sup>۱</sup>، علی راوری<sup>۲</sup>، طیبه میرزایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دکترای پرستاری، دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

### چکیده

هدف این مطالعه مقایسه دو روش موثر بر اصلاح سبک زندگی شامل آموزش بر حسب مدل پرستاری اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هم هست تا روش موثر تر مشخص شود. این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۱۳۰ نفر از افراد ۴۰ سال به بالا مبتلا به فشارخون بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان رفسنجان از ابان ۱۴۰۱ تا تیر ۱۴۰۲ است که با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. افراد دارای معیارهای ورود، به صورت تصادفی به ۳ گروه آموزش بر اساس مدل اورم (۴۳ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۳ نفر) و گروه کنترل (۴۴ نفر) تقسیم شدند. گروه های مداخله شامل آموزش بر اساس مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت یک ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای شرکت کردند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخله و یک ماه بعد از آن، پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر (HPLP) مجدداً توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های Chi square، ANOVA، انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. سبک زندگی در گروه های مداخله (آموزش بر اساس مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به طور معنی داری در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت ( $p < 0.05$ ). بین دو مداخله نیز تفاوت معنی داری مشاهده نشد، به طوری که ارتقای سبک زندگی در گروه آموزش بر اساس مدل اورم تقریباً مشابه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ( $p < 0.05$ ). آموزش بر اساس مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو موجب بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا است. بین دو روش پیشنهاد شده تفاوت معنی داری مشاهده نشده است ( $p < 0.05$ ).

**واژه های کلیدی:** سبک زندگی، خودمراقبتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فشارخون بالا.

فشار خون بالا یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان است به طوری که در ایالات متحده، از هر دو نفر از سن بیست سالگی به بعد، یک نفر به این بیماری مبتلا می‌باشد. در سال ۲۰۱۹، تعداد افراد مبتلا به فشار خون بالا به ۱۰۲۸ میلیارد نفر رسید که حدود ۸۲ درصد آن‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زندگی می‌کنند و از این تعداد، تقریباً ۷۲۰ میلیون نفر تحت درمان نیستند (جونز و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه شیوع فشار خون بالا در کشورهای توسعه‌یافته به روند ثابتی رسیده است، اما در کشورهای در حال توسعه هنوز در حال افزایش می‌باشد. بالاترین شیوع فشار خون بالا مربوط به آفریقا (۴۶٪)، آمریکا (۳۵٪) و کانادا (۲۳٪) است و در ایران بین ۱۷ تا ۶۸ درصد گزارش شده است. مطالعات دیگر در ایران نیز حکایت از شیوع ۲۳٫۳ درصدی این بیماری دارد در مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی که در سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ در جنوب کرمان تحت عنوان مقایسه شاخص‌های سلامت در زنان و مردان سالمند انجام شد، شیوع فشار خون ۶۲٫۲۷٪ گزارش گردید (پيله و زاده و همکاران، ۲۰۲۱) فشار خون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، عودکننده و همچنین زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها است که در عصر حاضر قابل پیشگیری می‌باشد این بیماری متداول‌ترین عامل خطر قابل پیشگیری برای بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری مزمن کلیه و اختلال شناختی محسوب می‌شود به همین دلیل، مطالعات وسیعی در خصوص شناسایی، کنترل و به‌کارگیری اقدامات لازم جهت کاهش ابتلا به آن صورت گرفته است از جمله این مطالعات، پژوهش‌هایی هستند که به تأثیر سبک زندگی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند عوامل محیطی و سبک زندگی تأثیر به‌سزایی در کنترل فشار خون بالا دارند. شواهد حاکی از آن است که این بیماری با وجود ماهیت مزمن، قابل پیشگیری بوده و می‌توان با اصلاح سبک زندگی، رعایت رژیم غذایی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی آن را کنترل نمود. (عرب شاهی و همکاران، ۲۰۲۰)

برای کنترل فشار خون بالا، رویکردهای مختلفی از جمله درمان‌های دارویی و غیردارویی وجود دارد، به طوری که استفاده از این درمان‌ها می‌تواند از ۴۶۰۰۰ مرگ سالانه در ایالت متحده پیشگیری کند از جمله درمان‌های دارویی، استفاده از داروهای ضد فشار خون است که نقش اصلی در درمان افراد دارد. (مرادی و همکاران، ۲۰۱۹) پیکرینگ معتقد است دارودرمانی نقطه اصلی حمایت از درمان افراد مبتلا به فشار خون است. با این حال، بسیاری از داروهای ضد فشار خون عوارض جانبی دارند که باعث می‌شود بیماران درمان را نادیده بگیرند. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ توسط ملکی انجام شد، مشخص گردید بیماران به دلایلی از جمله عوارض جانبی داروها، هزینه بالای درمان یا نیاز به تغییر سبک زندگی، از درمان دارویی فشار خون اجتناب می‌کنند. (مالکی و همکاران، ۲۰۱۹) عدم مصرف دارو در بین بیماران مبتلا به فشار خون رایج است و فقط ۳۷٪ از بیماران موفق به حفظ فشار خون در محدوده طبیعی توسط دارودرمانی می‌شوند. در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۷ توسط آنگاز نشان داده شد که ۴۵٫۲٪ از افراد مبتلا به فشار خون و ۸۳٫۷٪ از افراد مبتلا به فشار خون بالا، داروها را به درستی مصرف نمی‌کنند؛ بنابراین درمان‌های دارویی اغلب به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شوند و برای کاهش خطر ابتلا به فشار خون بالا و همچنین کاهش نیاز به داروها، باید از سایر درمان‌های غیردارویی استفاده کرد. (اولیور و همکاران، ۲۰۱۹) مؤثرترین مداخلات غیردارویی شامل ورزش منظم، کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، افزایش فعالیت بدنی، کاهش استرس، کاهش مصرف الکل و استفاده از رژیم‌های غذایی به منظور پیشگیری از فشار خون و به طور کلی اصلاح سبک زندگی است.

سبک زندگی به عوامل فرهنگی و ویژگی‌های هر جامعه وابسته است. تعاریف مختلفی برای سبک زندگی وجود دارد: سبک زندگی شیوه زندگی مردم، خانواده‌ها و جوامع است؛ نیز مجموعه رفتارهایی است که توسط افراد در شرایط مختلف (جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی) ارائه می‌شود؛ و شاخه‌ای از عادات است که مبانی اجتماعی را شامل می‌شود. بنابراین می‌توان گفت سبک زندگی شامل شیوه‌های متمایز و روشن زندگی است که در اعمال، ارتباطات و باورها تعیین می‌شود (فرهود، ۲۰۱۷) امروزه سبک زندگی و اهمیت آن به عنوان یکی از مسائل مهم روان‌شناختی مطرح شده است و انتخاب سبک زندگی، خواه آگاهانه و خواه ناآگاهانه، آینده فرد را رقم می‌زند. سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی‌ریزی می‌شود و متأثر از فرهنگ، مذهب، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، اعتقادات و باورها می‌باشد. از طرفی، سبک

زندگی یکی از مهم ترین ارکان مؤثر بر سلامتی است و شامل فعالیت های عادی و معمول روزانه می باشد که افراد آن ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته اند (اتحاد و همکاران، ۲۰۲۱). کنترل سبک زندگی یکی از اصلی ترین عوامل مؤثر بر فشار خون بالا است. در مطالعه ای که توسط ترهو در سال ۲۰۱۹ صورت گرفت، نشان داده شد با اصلاح سبک زندگی افراد می توان از بروز فشار خون بالا جلوگیری کرد یا در افراد مبتلا آن را کنترل نمود. برای اصلاح سبک زندگی افراد باید بر رفتارهای خودمراقبتی تأکید داشت. (پورمند و همکاران، ۲۰۲۰) در واقع خودمراقبتی شامل پایبندی به درمان های دارویی و همچنین تغییرات مثبت در سبک زندگی است. پیروی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا عامل مهمی در مدیریت این بیماری محسوب می شود. مراقبت از خود مهم ترین شکل مراقبت در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است که دربرگیرنده فعالیت هایی چون ارتقای سلامت، اصلاح سبک زندگی، ارزیابی علائم، درمان بیماری و توانبخشی بیماری های مزمن می باشد. (عرب شاهی و همکاران، ۲۰۲۰) با توجه به نقش مهم پرستاران در این زمینه، بررسی تأثیر نظریه های پرستاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ضروری است و استفاده از تئوری های پرستاری برای ارائه مراقبت بیمار محور پیشنهاد شده است (دروونهورن، ۲۰۱۸) استفاده از الگوهای پرستاری باعث اصلاح کیفیت مراقبت و در نهایت کیفیت زندگی بیماران می شود. یکی از الگوهای مهم که بر توانایی های افراد و نیازهای آن ها برای مراقبت از خود استوار است، الگوی خودمراقبتی اورم می باشد. (تیلور، ۲۰۱۱)

براساس نظریه پرستاری اورم، خودمراقبتی به عنوان فعالیت هایی در نظر گرفته می شود که افراد برای حفظ، بازیابی یا بهبود سلامت خود انجام می دهند. مدل مراقبت از خود اورم، یک راهنمای بالینی مناسب برای برنامه ریزی و اجرای اصول مراقبت از خود است و می تواند به عنوان چارچوبی مفهومی برای طراحی برنامه های مراقبت از خود استفاده شود. نظریه خودمراقبتی اورم بر توانمندی بیمار برای ارتقا و حفظ سلامت شخصی متمرکز است. (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۹) این مدل در سه نوع سیستم پرستاری (کاملاً جبران کننده، جبرانی جزئی و حمایتی-آموزشی) طبقه بندی می شود. هنگامی که بیمار می خواهد رفتار مورد نظر را بیاموزد اما بدون کمک قادر به انجام آن نیست، سیستم پرستاری حمایتی-آموزشی اعمال می گردد. پژوهش های متعددی اثربخشی این مدل را تأیید کرده اند. خادیمیان (۲۰۲۰) نشان داد آموزش خودمراقبتی مبتنی بر نظریه اورم می تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون را بهبود بخشد. توك ییلدیز (۲۰۲۰) و چراغی (۲۰۱۷) نیز بر تأثیر مثبت این الگو بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران تأکید داشته اند. یکی دیگر از روش های تغییر سبک زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است که یک مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد محسوب می شود و راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی را با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی آمیزد. (داهلین و همکاران، ۲۰۱۶) در میان موج سوم درمان ها، ACT توانایی بالایی در تغییر رفتارها دارد. این درمان شامل شش فرایند اصلی پذیرش، تماس با لحظه حال، انحراف شناختی، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد است. (کلسون و همکاران، ۲۰۱۹) فرض بر این است که انسان ها پیوسته سعی دارند از تجربه هیجانات یا افکار آزاردهنده خود اجتناب کنند، اما این تلاش های کنترلی بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید آن احساسات می شود این درمان با درگیر کردن بیمار در امور شخصی، موجب حفظ سازش و کاهش سردرگمی می شود و به بیمار کمک می کند تا با پذیرش بیماری، به اقدامات کنترل بیماری از جمله مصرف صحیح داروها بپردازد. پژوهش های مختلفی اثربخشی این رویکرد را نشان داده اند. (توکلی و همکاران، ۲۰۲۱) پرستاری اورم افراد را قادر می سازد در مراقبت و درمان خود نقش فعال تری داشته باشند و از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، افراد را در جهت حفظ ارزش هایشان یاری می کند. با توجه به ماهیت مزمن فشار خون بالا و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران، انجام تحقیقاتی با هدف ارزیابی اثربخشی روش های مختلف بهبود سبک زندگی ضروری است (هیملفارب و همکاران، ۲۰۱۶). از آنجا که تاکنون مطالعه ای به مقایسه مستقیم این دو رویکرد بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون کنترل نشده پرداخته نشده است، پژوهش حاضر با هدف کلی مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد. اهداف ویژه پژوهش شامل:

- ۱) تعیین و مقایسه میانگین نمره سبک زندگی در گروه های مداخله و کنترل قبل از مداخله؛ ۲) بلافاصله بعد از مداخله؛ ۳)

یک ماه بعد از مداخله؛ ۴) مقایسه درون گروهی در گروه کنترل در سه زمان؛ ۵) مقایسه درون گروهی در گروه آموزش اورم؛ و ۶) مقایسه درون گروهی در گروه ACT بود. فرضیات پژوهش بر این مبنا تنظیم شد که میانگین نمره سبک زندگی بین گروه‌های مداخله و کنترل در هر سه زمان اندازه‌گیری تفاوتی ندارد و در هر یک از گروه‌ها نیز نمرات در سه زمان تفاوتی نخواهد داشت.

### نظریه خودمراقبتی اورم

یکی از تئوری‌های پیشگام پرستاری که کمک قابل توجهی در توانمند کردن افراد در خودمراقبتی داشته است، تئوری خود مراقبتی اورم می‌باشد. تئوری خودمراقبتی اورم اولین بار توسط دورتا اورم در سال ۱۹۵۹ ارائه و چندین بار بازبینی شده است. این تئوری راهنمای بالینی موثری را برای برنامه ریزی و اجرای اصول خودمراقبتی در اختیار افراد قرار می‌دهد. (چراغی و همکاران، ۲۰۲۱) این تئوری یک نظریه کلان و ترکیبی از تئوری خودمراقبتی، نظریه نقص خودمراقبتی و نظریه سیستم‌های پرستاری است. از دیدگاه اورم مراقبت از خود بخشی از مجموعه قابلیت‌هایی است که افراد بالغ برای کار و پیشرفت در اختیار دارند. اورم توانایی انجام فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود را توان مراقبت از خود نامیده و عقیده دارد در پیوستار سلامت بیماری، هر گونه عدم تعادل بین توانایی انجام مراقبت از خود و میزان نیاز به این نوع مراقبت می‌تواند به آنچه که او آن را نقص در مراقبت از خود می‌خواند منجر شود. اورم در تالیفات بعدی خود مفهوم (مراقبت وابسته) که در واقع توانایی و قابلیت فرد در مراقبت از دیگران است را مطرح کرده است. فاصله بین توانایی انجام مراقبت وابسته و میزان تقاضای دریافت این نوع مراقبت، نقص مراقبت وابسته نامیده میشود (اگلتون و همکاران، ۲۰۰۳). طبق مفروضات نظریه پرداز، انسان موجودی معقول و دارای قوای عقلانی است و باید مستقل و مسئول مراقبت از خود باشند و در صورت نیاز اعضای خانواده به وی کمک کنند. خودمراقبتی یک عمل قابل یادگیری هدفمند و داوطلبانه بوده که منجر به بهبود عملکرد، حفظ زندگی، ارتقای سلامتی و پاسخگویی به نیازهای فردی می‌شود (ناهد و همکاران، ۲۰۲۲) مفاهیم کلی نظریه اورم شامل خودمراقبتی، توان خود مراقبتی، عامل خودمراقبتی، نیاز خودمراقبتی و الزامات خودمراقبتی است. خودمراقبتی به عنوان فعالیت‌هایی است که توسط خود فرد انجام می‌شود. توانایی خودمراقبتی، توانایی ذاتی فرد برای انجام خودمراقبتی بوده و تحت تأثیر عواملی از جمله سن، جنس، سیستم مراقبت‌های بهداشتی و نظام اجتماعی و غیره قرار می‌گیرد. در این مدل ۳ نوع سیستم مراقبتی بر اساس میزان نیاز بیمار و مشارکت پرستار در مراقبت تعریف می‌شود که شامل: سیستم جبرانی کامل که پرستار کلیه مراقبت‌های بیمار را انجام می‌دهد. سیستم جبران نسبی که پرستار و بیمار به صورت مشارکتی کل مراقبت را انجام داده و سیستم حمایتی آموزشی که بیمار کل کار مراقبت را انجام داده و پرستار تنها نقش مشاوره‌ای و آموزشی دارد (آلیسون و همکاران، ۲۰۰۷). به عقیده اورم انسان‌ها موجوداتی داننده و متفکر هستند و همیشه آمادگی ارزیابی موقعیتی که در آن قرار می‌گیرند و نشان دادن واکنش‌های مقتضی به این موقعیت‌ها را دارند. به اعتقاد او انسان‌ها توانایی بالقوه کسب دانش و مهارت‌های مورد نیاز و همچنین انگیزه‌های لازم برای انجام مراقبت از خود و افراد خانواده‌شان را دارند.

خودمراقبتی به معنای فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدفمندی است که افراد به منظور حفظ حیات و تامین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند (دمیر و دمیر، ۲۰۲۲). خودمراقبتی جهت ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، افزایش اثربخشی خدمات، استفاده از خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. (کو و همکاران، ۲۰۱۸) مراقبت از خود همان چیزی است که تعادل بین برآورده شدن آنچه که اورم نیازهای مراقبت از خود عمومی می‌نامد و توانایی‌های مراقبت از خودی که فرد برای رفع این نیازها در اختیار دارد را برقرار و حفظ می‌کند. در مدل اورم به هشت نیاز مراقبت از خود عمومی اشاره شده است و انسان‌ها شیوه‌های متعددی جهت رفع این نیازها استفاده می‌کنند. هشت نیاز مراقبت از خود عمومی به شرح زیر است:

- جذب هوا به میزان کافی

- جذب آب به میزان کافی
  - جذب غذا به میزان کافی
  - عملکردهای دفعی در حد لازم
  - فعالیت و استراحت متعادل
  - تعادل بین خلوت و تعامل اجتماعی
  - اجتناب و پیشگیری از خطرات متوجه زندگی، عملکرد و خوب بودن فرد
  - ارتقا عملکرد فرد و تکامل در گروه های اجتماعی مطابق با توانایی های بالقوه و محدودیت های شناخته شده فرد
- توانایی انسان در رفع این نیازها به عواملی چون سن، جنسیت، وضعیت تکامل، عادات و خوگیری های اجتماعی فرهنگی، فاکتورهای خانوادگی، الگو های زندگی، فاکتورهای محیطی، میزان دسترسی به منابع لازم برای مراقبت از خود و همچنین کفایت این منابع بستگی دارد. در کنار عوامل فوق فاکتورهایی مانند آسیب و صدمه، ناخوشی و بیماری هم وجود دارد و می توانند نیازهای اضافی ایجاد کنند در این گونه موارد پرستار نقش برجسته ای دارد. یک فرد سالم توانایی کافی برای رفع نیازهای عمومی مراقبت از خود را دارد، از طرفی فردی که دچار بیماری یا ناخوشی است نیازهای مراقبت از خود بیشتری دارد و اورم این نیازها را نیازهای مراقبت از خود انحراف از سلامتی می نامد. (اروم و همکاران، ۱۹۹۵)

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که با هدف مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهرستان رفسنجان انجام شد. این مطالعه با کد اخلاق (IR.RUMS.REC.۱۴۰۰,۱۸۸) در سامانه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و با کد (IRCT۲۰۱۵۰۵۱۹۰۲۲۳۲۰N۲۷) در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسید.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. نمونه ها شامل ۱۳۰ بیمار واجد شرایط بودند که به صورت داوطلبانه در مطالعه شرکت نمودند. نمونه گیری به صورت تصادفی از طریق سامانه سبک در مراکز بهداشت شماره ۴، مهدی آباد و قاسم آباد انجام شد. از لیست بیماران مبتلا به فشارخون، اسامی افراد با فواصل ده تایی انتخاب شدند و تخصیص افراد به سه گروه (کنترل، آموزش اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به طور تصادفی با قرعه کشی انجام گردید. بر اساس مطالعات مشابه (Dafei et al., ۲۰۲۱) و با استفاده از فرمول تفاوت بین دو میانگین، حداقل حجم نمونه ۲۳ نفر برای هر گروه محاسبه شد. پس از اصلاح و در نظر گرفتن احتمال ریزش (۱۱ نفر به هر گروه اضافه شد)، نهایتاً ۱۳۰ نفر (۴۳ نفر در گروه اورم، ۴۳ نفر در گروه ACT و ۴۴ نفر در گروه کنترل) عنوان حجم نمونه تعیین گردید.

معیارهای ورود شامل: کسب نمره کمتر از ۱۳۰ از پرسشنامه سبک زندگی، تأیید پزشک مبنی بر فشارخون کنترل نشده، سن بالای ۴۰ سال، داشتن تلفن همراه، توانایی شرکت در جلسات آموزشی، حداقل تحصیلات ابتدایی، عدم ابتلا به بیماری های روانی شناخته شده و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به ادامه مداخله، بستری شدن، تغییر داروها توسط پزشک، غیبت بیش از دو جلسه و بروز حوادث ناگوار ناگهانی بود.

ابزارها شامل: الف - فرم مشخصات دموگرافیک (سن، وزن، قد، جنس، شاخص توده بدنی، تحصیلات، شغل، مدت ابتلا، فشارخون سیستول و دیاستول، وضعیت درآمد، بیماری‌های همراه و مصرف داروها؛ ب) پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر (HPLP) دارای ۵۲ سؤال و شش خرده‌مقیاس (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی) با طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۴). دامنه نمرات ۵۲ تا ۲۰۸ بوده و نمره کمتر از ۱۳۰ نشان‌دهنده سبک زندگی نامطلوب و نمره بیشتر از ۱۳۰ نشان‌دهنده سبک زندگی مطلوب است (Walker et al., ۲۰۱۵). روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است (Walker et al., ۱۹۸۸). (Mohammadi Zeidi et al., ۲۰۱۲) دستگاه فشارسنج ALPK<sup>۲</sup> با کاف مناسب پس از اخذ مجوزهای لازم، نمونه‌گیری از بین ۴۷۷ فرد مبتلا به فشارخون کنترل‌نشده انجام شد. ۱۳۰ نفر با نمره سبک زندگی کمتر از ۱۳۰ وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در سه گروه تخصیص یافتند.

**گروه آموزش اورم:** ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (۳ گروه ۱۱ نفره و یک گروه ۱۰ نفره)، دو بار در هفته طی یک ماه، به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، ارائه جزوه و پمفلت توسط محقق برگزار شد. جلسات شامل: آشنایی و نیازسنجی، آموزش بیماری فشارخون، خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری، تغذیه سالم، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی و جمع‌بندی بود.

**گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT):** ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، دو بار در هفته طی یک ماه، توسط روانشناس بالینی بر پایه الگوی هایز، استروسهل و ویلسون (Hayes et al., ۲۰۱۱) برگزار شد. جلسات شامل: آشنایی با مفاهیم پذیرش و تعهد، تکنیک‌های جداسازی شناختی و ذهن‌آگاهی، آموزش ارزش‌های شخصی، عمل متعهدانه و مرور فنون بود.

**گروه کنترل:** هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

در هر دو گروه مداخله، در طول هفته بیماران از طریق تماس تلفنی پایش شدند و در پایان هر جلسه پمفلت آموزشی دریافت کردند. پرسشنامه سبک زندگی در سه زمان (قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله) تکمیل گردید.

### متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته: سبک زندگی؛ متغیرهای مستقل: آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ متغیرهای زمینه‌ای: سن، جنس، تحصیلات، شغل، مدت ابتلا، وزن، BMI، فشارخون، وضعیت درآمد، بیماری‌های همراه و مصرف داروها. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی استفاده گردید. نرمال بودن داده‌ها با شاخص‌های چولگی و کشیدگی (محدوده  $\pm 1$  برای چولگی و  $\pm 1/96$  برای کشیدگی) ارزیابی شد. برای مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های کای دو (Chi-square) برای متغیرهای کیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای متغیرهای کمی استفاده شد. اثر زمان، گروه و اثر متقابل با آزمون اندازه‌گیری مکرر بررسی گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته های پژوهش

این کارآزمایی بالینی تصادفی شده با هدف مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده مراجعه کننده به مراکز سلامت شهرستان رفسنجان انجام شد. ۱۳۰ بیمار به طور تصادفی در سه گروه کنترل (۴۴ نفر)، آموزش اورم (۴۳ نفر) و ACT (۴۳ نفر) توزیع شدند.

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران در سه گروه (قبل از مداخله)

مقدار P	گروه کنترل (n=۴۴)	گروه ACT (n=۴۳)	گروه اورم (n=۴۳)	متغیر
۰.۷۰	۵۷.۹۷ ± ۷.۷۸	۵۶.۸۸ ± ۷.۷۱	۵۶.۷۲ ± ۷.۲۹	سن (سال)
۰.۷۸	مرد: ۲۰ (۴۵,۵%)	مرد: ۱۷ (۳۹,۵%)	مرد: ۲۰ (۴۶,۵%)	جنس
	زن: ۲۴ (۵۴,۵%)	زن: ۲۶ (۶۰,۵%)	زن: ۲۳ (۵۳,۵%)	
۰.۶۶	ابتدایی: ۱۷ (۳۸,۶%)	ابتدایی: ۱۷ (۳۹,۵%)	ابتدایی: ۱۹ (۴۴,۲%)	تحصیلات
	دیپلم: ۲۵ (۵۶,۸%)	دیپلم: ۲۳ (۵۳,۵%)	دیپلم: ۱۹ (۴۴,۲%)	
	کارشناسی: ۲ (۴,۵%)	کارشناسی: ۳ (۷,۰%)	کارشناسی: ۵ (۱۱,۶%)	
۰.۹۳	آزاد: ۳۵ (۷۹,۵%)	آزاد: ۳۳ (۷۶,۶%)	آزاد: ۳۳ (۷۶,۷%)	شغل
	کارمند: ۹ (۲۰,۵%)	کارمند: ۱۰ (۲۳,۳%)	کارمند: ۱۰ (۲۳,۳%)	
۰.۱۵	دارد: ۱۵ (۳۴,۱%)	دارد: ۷ (۱۶,۳%)	دارد: ۱۲ (۲۷,۹%)	ابتلا به سایر بیماری ها
	ندارد: ۲۹ (۶۵,۹%)	ندارد: ۳۶ (۸۳,۷%)	ندارد: ۳۱ (۷۲,۱%)	
۰.۱۶	۶.۲۷ ± ۳.۵۱	۶.۷۹ ± ۴.۲۴	۵.۳۷ ± ۲.۴۸	مدت ابتلا به فشارخون (سال)
۰.۲۵	۷۳.۲۷ ± ۹.۷۲	۷۳.۲۵ ± ۹.۲۶	۷۶.۳۴ ± ۱۰.۷۴	وزن (کیلوگرم)
۰.۲۹	۲۵.۹۳ ± ۲.۶۰	۲۶.۳۷ ± ۲.۲۵	۲۶.۷۹ ± ۲.۷۴	BMI (kg/m <sup>2</sup> )

بر اساس یافته ها بین سه گروه از نظر تمام متغیرهای دموگرافیک و بالینی تفاوت معنی داری وجود نداشت (P < ۰.۰۵).

گروه ها همگن بودند.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره سبک زندگی و مؤلفه های آن در سه گروه (قبل، بلافاصله بعد، و یک ماه بعد از مداخله)

مقدار P	گروه کنترل	گروه ACT	گروه اورم	زمان	مؤلفه سبک زندگی
۰.۱۹	۱۸.۹۷ ± ۲.۵۲	۱۸.۹۰ ± ۲.۳۶	۱۹.۷۴ ± ۲.۱۷	قبل	مسئولیت پذیری
۰.۰۰۰۱	۱۷.۶۳ ± ۲.۳۳	۲۱.۴۸ ± ۴.۱۱	۲۳.۱۱ ± ۳.۴۰	بلافاصله بعد	

یک ماه بعد	۲۳.۳۷ ± ۳.۲۳	۲۱.۵۵ ± ۴.۱۱	۱۷.۷۷ ± ۲.۳۲	۰.۰۰۰۱	
فعالیت بدنی	قبل	۱۵.۶۹ ± ۲.۶۱	۱۵.۸۱ ± ۱.۸۲	۱۵.۹۰ ± ۲.۰۰	۰.۹۰
بلافاصله بعد	۲۰.۰۶ ± ۲.۸۴	۱۸.۱۶ ± ۲.۸۱	۱۵.۵۲ ± ۱.۸۹	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۲۰.۴۱ ± ۲.۷۷	۱۸.۴۶ ± ۲.۶۴	۱۵.۸۱ ± ۱.۹۶	۰.۰۰۰۱	
رژیم غذایی	قبل	۱۷.۶۲ ± ۲.۰۳	۱۸.۲۳ ± ۲.۱۱	۱۷.۹۳ ± ۲.۲۵	۰.۴۲
بلافاصله بعد	۲۲.۲۰ ± ۳.۷۵	۲۲.۲۷ ± ۲.۸۳	۱۷.۲۹ ± ۲.۶۶	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۲۲.۳۷ ± ۳.۸۰	۲۲.۲۷ ± ۲.۸۹	۱۷.۳۴ ± ۲.۷۰	۰.۰۰۰۱	
خودشکوفایی	قبل	۱۹.۰۹ ± ۲.۴۷	۱۸.۴۸ ± ۲.۳۵	۱۹.۲۷ ± ۲.۴۵	۰.۲۹
بلافاصله بعد	۲۲.۹۰ ± ۴.۱۷	۲۰.۹۰ ± ۳.۳۷	۱۶.۹۷ ± ۳.۰۷	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۲۳.۱۸ ± ۳.۹۳	۲۱.۱۳ ± ۳.۴۱	۱۷.۰۰ ± ۳.۰۷	۰.۰۰۰۱	
حمایت بین فردی	قبل	۱۷.۰۶ ± ۱.۹۰	۱۷.۱۶ ± ۲.۰۳	۱۷.۳۶ ± ۲.۱۵	۰.۷۸
بلافاصله بعد	۲۱.۹۷ ± ۲.۶۹	۲۱.۳۹ ± ۳.۳۳	۱۷.۴۳ ± ۲.۴۹	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۲۲.۱۸ ± ۲.۸۶	۲۱.۴۱ ± ۳.۲۸	۱۷.۳۴ ± ۲.۶۷	۰.۰۰۰۱	
مدیریت استرس	قبل	۱۵.۳۹ ± ۲.۳۷	۱۵.۰۲ ± ۱.۶۲	۱۵.۴۳ ± ۲.۱۲	۰.۵۹
بلافاصله بعد	۲۰.۵۵ ± ۳.۲۴	۱۹.۱۸ ± ۲.۵۳	۱۵.۲۰ ± ۲.۲۰	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۲۰.۸۳ ± ۳.۰۷	۱۹.۳۲ ± ۲.۳۹	۱۵.۳۱ ± ۲.۲۳	۰.۰۰۰۱	
نمره کل سبک زندگی	قبل	۱۰۴.۶۲ ± ۷.۷۶	۱۰۳.۶۲ ± ۶.۹۶	۱۰۴.۸۸ ± ۸.۲۴	۰.۷۲
بلافاصله بعد	۱۳۰.۸۳ ± ۱۶.۸۱	۱۲۳.۴۱ ± ۱۴.۹۲	۱۰۰.۲۹ ± ۱۲.۲۰	۰.۰۰۰۱	
یک ماه بعد	۱۳۲.۲۵ ± ۱۶.۲۱	۱۲۴.۰۹ ± ۱۴.۸۰	۱۰۰.۶۳ ± ۱۲.۳۲	۰.۰۰۰۱	

نتایج نشان داد قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین سه گروه وجود نداشت. بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، هر دو گروه (مداخله) اورم و (ACT) بهبود معنی داری در تمام مؤلفه ها و نمره کل سبک زندگی نسبت به گروه کنترل نشان دادند ( $P = 0,0001$ ).

جدول ۳: تحلیل درون گروهی و بین گروهی اثرات مداخلات (با استفاده از آزمون های اندازه گیری مکرر و تعقیبی)

گروه	میانگین نمره سبک زندگی	اثرات	مقدار P	نتایج آزمون تعقیبی (Post Hoc)
گروه کنترل	قبل: ۱۰۴.۸۸ ± ۸.۲۴	اثر زمان	۰.۷۲	قبل vs بلافاصله بعد: ۰.۷۲ قبل vs یک ماه بعد: ۰.۷۲
	بلافاصله بعد: ۱۰۰.۲۹ ± ۱۲.۲۰			
	یک ماه بعد: ۱۰۰.۶۳ ± ۱۲.۳۲			هیچ تفاوت معنی داری

قبل VS بلافاصله بعد ۰,۰۰۰۱ : ۰,۰۰۰۱ اثر زمان قبل:  $104.62 \pm 7.76$  گروه اورم  
قبل VS یک ماه بعد ۰,۰۰۰۱ :

بلافاصله بعد:  $130.83 \pm 16.81$

بهبود معنی دار یک ماه بعد:  $132.25 \pm 16.21$

قبل VS بلافاصله بعد ۰,۰۰۰۱ : ۰,۰۰۰۱ اثر زمان قبل:  $103.62 \pm 6.96$  گروه ACT  
قبل VS یک ماه بعد ۰,۰۰۰۱ :

بلافاصله بعد:  $123.41 \pm 14.92$

بهبود معنی دار یک ماه بعد:  $124.09 \pm 14.80$

### نتایج تحلیل های کلی

مقدار P	درجه آزادی	مقدار F	نوع اثر
۰,۰۰۰۱	۲	۴۴,۵۹	اثر گروه
۰,۰۰۰۱	۲	۱۱۴,۷۸	اثر زمان
۰,۰۰۰۱	۴	۵۱,۷۹	اثر متقابل (گروه × زمان)

### نتایج مقایسه های زوجی: (Post Hoc)

یک ماه بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله	مقایسه
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۸۷	کنترل vs اورم
۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱	۰,۴۴	کنترل ACT vs
۰,۱۱	۰,۱۲	۰,۵۴	اورم ACT vs

قبل از مداخله، سه گروه از نظر سن، جنس، تحصیلات، شغل، بیماری های همراه، مدت ابتلا، وزن و BMI تفاوت معنی داری نداشتند. هر دو روش آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، نمره کل سبک زندگی و تمام شش مؤلفه آن (مسئولیت پذیری، فعالیت بدنی، رژیم غذایی، خودشکوفایی، حمایت بین فردی و مدیریت استرس) را به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیدند. ( $P = 0,0001$ ) در گروه های مداخله، بهبودی در پیگیری یک ماهه نسبت به بلافاصله بعد از مداخله نه تنها کاهش نیافت، بلکه روند صعودی نیز داشت. در گروه کنترل، هیچ تغییر معنی داری در طول زمان مشاهده نشد. بین گروه اورم و گروه ACT در هیچ یک از زمان های اندازه گیری (قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $P < 0,05$ )، به این معنی که هر دو روش به یک اندازه در بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده مؤثر بوده اند.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده طراحی و اجرا گردید. هدف اصلی این مطالعه، مقایسه تأثیر دو رویکرد آموزشی متفاوت، یعنی آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر ارتقای سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده بود. این بیماران به مراکز سلامت شهرستان رفسنجان مراجعه می‌کردند. در این مطالعه، ۱۳۰ بیمار به طور تصادفی در سه گروه توزیع شدند: گروه کنترل (۴۴ نفر)، گروه دریافت‌کننده آموزش مبتنی بر مدل اورم (۴۳ نفر) و گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۳ نفر).

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان داد که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، بیماری‌های همراه، مدت زمان ابتلا به بیماری، وزن و شاخص توده بدنی، تفاوت آماری معنی‌داری میان سه گروه وجود نداشت. این امر حاکی از همگن بودن گروه‌ها در ابتدای مطالعه است. همچنین، پیش از آغاز مداخلات، میانگین نمرات کلی سبک زندگی و تمامی ابعاد آن (شامل مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، الگوی تغذیه، خودشکوفایی، حمایت بین‌فردی و مدیریت استرس) در سه گروه تفاوت معناداری نداشت (جداول ۱۲-۱۱). در این پژوهش بر این نکته تأکید شده است که سبک زندگی نامطلوب در این بیماران ریشه در نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی دارد که با نتایج مطالعات پیشین نیز همسو است (ترهو، ۲۰۱۹).

بلافاصله پس از اجرای مداخلات آموزشی، میانگین نمره سبک زندگی در هر دو گروه مداخله (اورم و ACT) نسبت به قبل از مداخله افزایش یافت که حاکی از بهبود وضعیت آن‌ها بود. در مقابل، گروه کنترل تغییر معناداری را نشان نداد (جداول ۱۴-۱۵). این یافته با نتایج مطالعات کریم‌پور وزیره‌خانی، حاجلو و نصرثابت‌قدم (۱۴۰۰؛ حاجلو، ۱۴۰۱؛ کریم‌پور وزیره‌خانی، ۱۴۰۲). در این راستا، خودمراقبتی به عنوان یک روش کارآمد در بهبود سبک زندگی معرفی شده است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی نوین محسوب می‌شود که به افراد می‌آموزد تجربیات درونی خود را بدون قضاوت بپذیرند و به ارزش‌هایشان متعهد بمانند (رایت، ۲۰۲۳).

نتایج جالب توجه دیگر اینکه در هر دو گروه مداخله، میانگین نمرات سبک زندگی و تمام حیطه‌های آن یک ماه پس از اتمام مداخله نیز نسبت به زمان پیش از آزمون، بهبود معناداری را حفظ کرده بود. با این حال، تبدیل رفتارهای خودمراقبتی به عادت پایدار، همواره یکی از چالش‌های اساسی محسوب می‌شود. تداوم این رفتارها در واقع سرمایه‌گذاری ارزشمندی بر سلامت بلندمدت افراد است. این بخش از نتایج با یافته‌های مطالعات زمان‌پور، خادمیان و دوزنده همسو می‌باشد (خادمیان، ۱۳۹۹). نویسندگان مطالعه حاضر اشاره می‌کنند که اثرات تداوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش صرفاً در کوتاه‌مدت بررسی شده است و هرچند منجر به بهبود سبک زندگی شده، اما تحقیقات پیشین همواره از تداوم طولانی‌مدت این رویکرد حمایت نمی‌کنند. در گروه کنترل، هیچ تفاوت معناداری در نمرات سبک زندگی در بازه‌های زمانی پیش از مداخله، بلافاصله پس از آن و یک ماه بعد مشاهده نشد که با نتایج مطالعات کریم‌پور و ثابت‌فر همخوانی دارد. در گروه آموزش مبتنی بر مدل اورم، بهبود معناداری در تمامی مقاطع زمانی ثبت گردید. این یافته با مطالعات ملاکو، نصرثابت‌قدم، خادمیان، احمدی و دوزنده تأیید می‌شود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بهبود معناداری در هر سه بازه زمانی دیده شد. نویسندگان این مطالعه تأکید می‌کنند که پیش از این، پژوهشی با هدف مقایسه مستقیم این دو رویکرد اورم و ACT بر سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده یافت نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر از این حیث نوآورانه و بدیع محسوب می‌شود. مطالعات مشابه نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت‌های گوناگون (مانند سربازان، سالمندان، بیماران قلبی و افراد دارای چاقی) بر سبک زندگی تأثیر مثبت داشته است. همچنین، اثربخشی آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر ابعاد مختلف سبک زندگی در بیماران دیابتی، سالمندان و بیماران عروق کرونر نیز به اثبات رسیده است (حاجلو و همکاران، ۱۴۰۱؛ عربشاهی و همکاران، ۱۳۹۹). در پایان ذکر این نکته ضروری است که تفاوت‌هایی در میزان تأثیر این

مداخلات بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مطالعات مختلف مشاهده می‌شود که نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری است. در نتیجه‌گیری کلی می‌توان بیان کرد که هر دو روش آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کوتاه‌مدت و حداقل تا یک ماه پس از مداخله، سبک زندگی بیماران مبتلا به فشارخون کنترل نشده را به طور معناداری بهبود می‌بخشند، در حالی که در گروه کنترل تغییری رخ نمی‌دهد. بررسی میزان تداوم این اثرات در بازه‌های زمانی طولانی‌تر (بلندمدت) به عنوان یک پیشنهاد برای مطالعات آینده ارائه می‌گردد.

## منابع و مآخذ

- Ahammed, B., Maniruzzaman, M., Talukder, A., & Ferdausi, F. (۲۰۲۱). Prevalence and risk factors of hypertension among young adults in Albania. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, ۲۸(۱), ۳۵-۴۸.
- Ahmadi, F., Taheri Tanjani, P., & Qolami Fesharaki, M. (۲۰۱۸). The effect of Orem self-care model with a focus on systematic medicine usage on the hypertension of the elderly. *Journal of Gerontology*, ۲(۴), ۲۸-۳۵.
- Ahmadi Ghahnaviyeh, L., Bagherian, B., Feizi, A., Afshari, A., & Mostafavi Darani, F. (۲۰۲۰). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in a patient with myocardial infarction: A randomized control trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, ۱۵(۱), ۱-۹.
- Arabshahi, A., Gharlipour, Z., Hosseinalipour, S. A., & Mohebi, S. (۲۰۲۰a). Assessment of adherence to self-care behaviors in hypertensive patients in Qom. *Qom University of Medical Sciences Journal*, ۱۴(۸), ۵۵-۶۶.
- Arabshahi, A., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, A., & Mohebi, S. (۲۰۲۰b). The effect of education based on spousal social support on improving self-care behaviors in men with high blood pressure. *Qom University of Medical Sciences Journal*, ۱۴(۹), ۳۴-۴۶.
- Baradaran, M., Zare, H., Alipour, A., & Farzad, V. (۲۰۱۶). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical health indicators in essential hypertensive patients. *Journal of Cognitive Psychology*, ۴(۱), ۱-۱۲.
- Brown, M., Hooper, N., Eslambolchilar, P., & John, A. (۲۰۲۰). Development of a web-based acceptance and commitment therapy intervention to support lifestyle behavior change and well-being in health care staff: Participatory design study. *JMIR Formative Research*, ۴(۱۲), e۲۲۵۰۷.
- Cheraghi, F., Borzo, S. R., Katiban, M., & Maghsoudi, Z. (۲۰۲۱). The effect of applying Orem self-care model on quality of life in Iranian patients: A systematic review study. *Iranian Journal of Systematic Review in Medical Sciences*, ۱(۱), ۳۰-۴۰.
- Chobufo, M. D., Gayam, V., Soluny, J., Rahman, E. U., Enoru, S., Foryoung, J. B., Agbor, V. N., Dufresne, A., & Nfor, T. (۲۰۲۰). Prevalence and control rates of hypertension in the USA: ۲۰۱۷-۲۰۱۸. *International Journal of Cardiology Hypertension*, ۶, ۱۰۰۰۴۴.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (۲۰۱۶). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*, ۶, ۱۶-۲۱.
- Drevenhorn, E. (۲۰۱۸). A proposed middle-range theory of nursing in hypertension care. *International Journal of Hypertension*, ۲۰۱۸, ۱-۱۱.
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A., & Rahimi, K. (۲۰۱۶). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, ۳۸۷(۱۰۰۲۲), ۹۵۷-۹۶۷.
- Ettehad, S. S., Jomehpour, M., & Isaloo, S. (۲۰۲۱). Study of urban lifestyle changes in crises, with emphasis on Covid-۱۹ disease. *Disaster Prevention and Management Knowledge*, ۱۱(۱), ۸۱-۹۵.
- Farhud, D. D. (۲۰۱۷). Life style and sustainable development. *Iranian Journal of Public Health*, ۴۶(۱), ۱-۳.

- Fatourechi, S., & Sotoodeasl, N. (۲۰۱۷). Comparison of lifestyle between hypertension patients and healthy people. *Ebnesina*, ۱۸(۴), ۶۰-۶۴.
- Haji Jafar Namazi, M., Saffari, M., Sanaei Nasab, H., Sepandi, M., Samadi, M., Azad Marzabadi, E., & Valivand, A. (۲۰۱۷). The effect of healthy life style education through sending SMS on blood pressure among pre-hypertensive military personnel. *Ebnesina*, ۱۹(۱), ۶۳-۶۶.
- Hajloo, N., Rahimi, S., Raouf Saeb, A., & Sedaghat, M. (۲۰۲۲). The effectiveness of self-care behaviors training on health-promoting lifestyle and control of hemoglobin A<sub>1</sub>C in patients with type ۲ diabetes. *Journal of Modern Psychological Researches*, ۱۷(۶۵), ۹۱-۱۰۰.
- Hemati, Z., Abasi, S., Mosaviasl, F., Shakerian, B., & Kiani, D. (۲۰۱۶). Effect of orem's self-care model on perceived stress in adolescents with asthma referring the asthma and allergy clinic, Isfahan, ۲۰۱۴. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, ۴(۳), ۲۴۷-۲۵۵.
- Himmelfarb, C. R. D., Commodore-Mensah, Y., & Hill, M. N. (۲۰۱۶). Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, ۸۲(۲), ۲۴۳-۲۵۳.
- Jones, N. R., McCormack, T., Constanti, M., & McManus, R. J. (۲۰۲۰). Diagnosis and management of hypertension in adults: NICE guideline update ۲۰۱۹. *British Journal of General Practice*, ۷۰(۶۹۱), ۹۰-۹۱.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (۲۰۲۰a). The effect of self care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, ۸(۲), ۱۴۰-۱۴۹.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (۲۰۲۰b). The effect of self care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, ۸(۲), ۱۴۰-۱۴۹.
- Maleki, T. E., Rezaei, H., Hamishehkar, H., Gharekhani, A., Ghaffari, S., Shaseb, E., & Pouriman, B. (۲۰۱۹). The evaluation of hypertension control in patients with hypertension and concomitant cardiovascular disease. *Depiction of Health*, ۱۰(۲), ۹۳-۱۰۰.
- Moradi, M., Nasiri, M., Jahanshahi, M., & Hajiahmadi, M. (۲۰۱۹). The effects of a self-management program based on the o A's model on self-efficacy among older men with hypertension. *Nursing and Midwifery Studies*, ۸(۱), ۲۱-۲۷.
- Nasresabetghadam, S., Jahanshahi, M., Fotokian, Z., Nasiri, M., & Hajiahmadi, M. (۲۰۲۱). The effects of Orem's self-care theory on self-care behaviors among older women with hypertension: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*, ۱۰(۲), ۹۹-۱۰۸.
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (۲۰۲۰). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, ۴۳(۲), ۹۹-۱۰۷.
- Omidi, A., Khodaveisi, M., Mirzaei, Z., Rezvani, M., & Moghimbeighi, A. (۲۰۱۷). The effect of education self-care behaviors on the hypertension in postmenopausal women. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, ۲۵(۲), ۱۲۱-۱۳۰.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (۱۹۹۵). *Nursing: Concepts of practice* (۵th ed.). Mosby.
- Rezaianzadeh, A., Jafari, F., Sadeghi, S. E., & Rahimikazerooni, S. (۲۰۲۱). The prevalence and predictors of pre-hypertension and hypertension in Kherameh cohort study: A population based study on ۱۰,۶۶۳ persons in south of Iran. *Journal of Human Hypertension*, ۳۵(۳), ۲۵۷-۲۶۴.
- Tavakoli, Z., Tajeri, B., Radfar, S., Jomehri, F., & Khosravi, A. (۲۰۲۱). The effectiveness of treatment-based behavior based on acceptance of hidden anxiety, overt anxiety and hypertension in cardiovascular patients. *Journal of Psychological Science*, ۱۹(۹۶), ۱۶۵۵-۱۶۶۶.
- Taylor, S. G. (۲۰۱۱). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. Springer Publishing Company.
- Valizadeh, S., Soheili, A., Moghbeli, G., & Aliafsari, E. (۲۰۱۷). Applicability of orem's self-care model in Iran: An integrated review. *Journal of Nursing and Midwifery*, ۱۵(۳), ۱-۱۲.

Zargar, Y., Hakimzadeh, G., & Davodi, I. (۲۰۱۹). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hypertension and emotion cognitive regulation in people with hypertension: A semi-experiential study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, ۸(۴), e۹۱۸۷۰.