نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره یازدهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۱
Cardiovascular Nursing Journal, 11(1), 2022

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب (واقعیت‌درمانی) بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون

*** طاهره دهقانی فیروزآبادی[۱]، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی**
عالیه دهقانی فیروزآبادی[۲]، متخصص زنان و زایمان
محمدحسین دهقانی فیروزآبادی[۳]، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

زمینه. فشار خون بالا به علت عوارض و مرگ ناشی از آن یک مشکل عمده سلامتی محسوب می‌شود که خودکارآمدی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. علاوه بر درمان دارویی، درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند پیش‌نیاز مهم و اساسی برای تغییر رفتار و ارتقای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون محسوب شوند.

روش کار. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به پرفشاری خون تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میبد در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۷ بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون (DMSES) پاسخ دادند. برنامه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در ۸ جلسه انجام شد. داده‌های به دست آمده با توجه به فرضیه تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس دو گروه نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین نمرات پس-آزمون دو گروه در متغیر خودکارآمدی وجود دارد؛ و پس از درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، نمرات ابعاد رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف دارو و کنترل فشار خون گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری دارد.

نتیجه‌گیری. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند روش مناسبی برای افزایش خودکارآمدی در افراد مبتلا به فشار خون باشد. پیشنهاد می‌شود با اجرای درمان مبتنی بر نظریه انتخاب برای افراد مبتلا به پرفشاری خون، گامی موثر برای ارتقای خودکارآمدی این بیماران برداشته شود.

کلیدواژه‌ها: پرفشاری خون، نظریه انتخاب، خودکارآمدی

۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: sepidyas90@gmail.com
۲ متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

مقدمه

پرفشاری خون آسیب زیادی به سلامت انسان وارد کرده و منابع پزشکی زیادی در سراسر جهان صرف آن شده است، پرفشاری خون یک مشکل اصلی در مدیریت و ارتقای سلامت عمومی جهانی است (ایرازولا و همکاران، ۲۰۱۶). فشار خون بالا منبع جدی و پیوسته بروز عوارض و مرگ محسوب می‌شود. علاوه بر این، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان است. در واقع، پرفشاری خون عامل شماره یک بروز مرگ و سومین علت شایع سال‌های زندگی تعدیل‌شده با ناتوانی محسوب می‌شود (خیری و همکاران، ۲۰۲۱). کنترل ضعیف فشار خون در نهایت می‌تواند منجر به بروز عوارض و بیماری‌های مختلف مانند بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی و همچنین، افزایش موارد مرگ و ناتوانی زودرس شود که هزینه‌های زیادی را برای مقابله با این پیامدهای پزشکی به همراه داشته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). بیش از ۴۰ درصد افراد ۴۵ تا ۶۴ سال و ۷۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال از پرفشاری خون رنج می‌برند (وارن فیندلو و همکاران، ۲۰۱۲). شیوع پرفشاری خون در جمعیت‌های مختلف در سراسر جهان در محدوده ۱۵ تا ۳۵ درصد است و کشورهای کم درآمد حدود دو سوم موارد را تشکیل می‌دهند. مطالعات نشان داده است که پرفشاری خون یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامتی در ایران است (میرزایی و همکاران، ۲۰۱۶).

در آستانه قرن ۲۱ میلادی، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، شیوع روز افزون بیماری‌های مزمن است که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آنها تاثیر دارند (شیخ شرفی و سید امینی، ۲۰۱۶). افزایش فشارخون شریانی احتمالا مهمترین معضل سلامت عمومی جامعه است و یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی محسوب می‌شود (پورت و همکاران، ۲۰۰۴). این بیماری شایع بدون علامت است و ممکن است سال‌ها بدون این‌که فرد اطلاع داشته باشد به آن مبتلا باشد (ام ام وانهوف و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج تحقیقات انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد شیوع پرفشاری خون در همه کشورها، به‌ویژه در ایران رو به افزایش است (وانگ و وانگ، ۲۰۰۴). در ایران، مطالعات اپیدمیولوژیک پراکنده‌ای در زمینه شیوع پرفشاری خون انجام شده است. در گناباد شیوع فشار خون ۸۸/۲۰ درصد، در کرمانشاه ۱۴ درصد، در تبریز ۸۲/۲۰ درصد، و در تهران ۳۲ درصد گزارش شده است (منصوریان و همکاران، ۲۰۱۲). دلیل اصلی این افزایش عوامل متعددی مانند رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در شیوه زندگی مردم، و افزایش دوران بقای این بیماران به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری گزارش شده است (شیخ شرفی و سید امینی، ۲۰۱۶).

کاهش مرگ‌های ناشی از سکته مغزی و نارسایی قلبی، تابع تشخیص به موقع و کنترل بیماری پرفشاری خون است. میزان کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به این بیماری مزمن در سرتاسر جهان بسیار پایین است (نویدیان و همکاران،۲۰۱۰). برای نمونه، در کشورهای کامرون، هند و چین، کمتر از ۱۰ درصد مبتلایان، پرفشاری خون را کنترل کرده‌اند (ماسر و ریگل، ۲۰۰۸). مطالعه قربانی و همکاران نشان داد که در نمونه ایرانی، میزان کنترل پرفشاری خون در زنان و مردان تقریبا مشابه و برابر ۴۱ درصد است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸) و حدود ۵۳ درصد بیماران با تشخیص پرفشاری خون کنترل‌نشده، با وجود آموزش‌های معمول، کنترل مناسبی در فشار خون ندارند؛ به‌کارگیری روش‌های موثرتر ضروری است (سول و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد پرفشاری خون، در کنار مداخلات دارویی و گیاهی برای کاهش فشارخون، تاثیر برخی شیوه‌های روان‌شناختی مانند آرام‌سازی، ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی، پسخوراند زیستی، آموزش مصون‌سازی در مقابل تنش، و مداخلات شناختی‌رفتاری بر کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک تایید شده است (تانگ و همکاران، ۲۰۰۸). روش اصلی درمان پرفشاری خون دارو است، ولی با گذشت زمان، بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها (خواب‌آلودگی، سرگیجه و مشکلات نعوظی) از یک سو و رشد رویکردهای رفتاری از سوی دیگر باعث شد بسیاری از پژوهشگران برای درمان پرفشاری خون در جستجوی درمان‌های غیردارویی باشند (دیویسون و جانسون، ۲۰۱۴). مداخلات غیردارویی در کنار درمان‌های پزشکی، به‌ویژه در مورد افرادی که علایم و نشانه‌ها در اثر عوامل هیجانی و روان‌شناختی شروع یا تشدید می‌شوند، موثر هستند (جارسولد و همکاران، ۲۰۰۲).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب است که علت تمام مشکلات روان‌شناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خودش می‌داند. در این نظریه درباره پنج مفهوم اصلی شامل نیازهای اساسی، کنترل، مسئولیت‌پذیری، رفتار کلی و انتخاب بحث می‌شود. نیازهای اساسی گلاسر شامل بقا، عشق، تفریح، آزادی و قدرت است (گلاسر، ۲۰۱۶). طبق نظریه واقعیت‌درمانی، علایم روانی بیماران نتیجه انتخاب‌های آنها در قبال نیازهایشان است (فرخزاد، ۲۰۱۳). بر اساس این رویکرد، افراد همواره تلاش می‌کنند برای برآورده ساختن نیازهای بنیادی‌شان، انتخاب‌های موثری داشته باشند (پروچاسکا و

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

نورکراس، ۲۰۱۲). در واقع، هدف اصلی نظریه انتخاب این است که افراد دوباره کنترل زندگی خود را به دست آورند و متوجه شوند که وضع کنونی‌شان را خودشان انتخاب نموده‌اند و لذا باید مسئولیت آن را بپذیرند و برای تغییرات احتمالی آن خود اقدام نمایند. نظریه انتخاب همچنین به افراد کمک می‌کند تا دریابند که می‌توانند وضعیت بهتری را انتخاب کنند (صاحبی، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه پرفشاری خون در اغلب موارد بدون علامت است و درمان آن در تمام طول عمر ادامه دارد، اغلب بیماران روش‌های کنترل بیماری را رها می‌کنند؛ به همین دلیل نیاز به پیگیری منظم و پیوسته دارند. از سوی دیگر، با توجه به ماهیت مزمن بیماری و لزوم افزایش توانمندی بیمار لازم است برنامه‌هایی برای بهبود وضعیت جسمی و عملکردی و کنترل عوامل خطر، پیشگیری از عود و شدت یافتن علایم و عوارض آن در بیماران و رسیدن آنان به سلامتی مطلوب طراحی و اجرا گردد (جوکز و همکاران، ۲۰۰۷). در فرآیند درمان بیماری‌ها، بر مشارکت بیمار در درمان تاکید می‌شود، اما این نکته که آیا بیمار اطمینان دارد قادر است این تغییر رفتارها را رعایت کند، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. اگر بیماران به توانمندی خود در تغییر و ارتقای وضعیت سلامتی‌شان از طریق مشارکت خود اعتقادی نداشته باشند، دستیابی به آن غیرممکن خواهد بود (سول و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهشی که توسط نوول و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی میزان آگاهی، درک و باورهای مرتبط با رفتارهای پیشگیری از پرفشاری خون که در بیماران مبتلا در شهر لندن انجام شد، نتایج نشان داد که میزان رفتارهای خودتنظیمی در افراد مبتلا به پرفشاری خون در حد متوسط بود. با توجه به اینکه درصد زیادی از بیماران با تشخیص پرفشاری خون کنترل‌نشده، خودکارآمدی نسبتا پایینی دارند و با وجود آموزش‌های معمول، کنترل مناسبی بر فشار خون خود ندارند؛ بنابراین، ضرورت به کارگیری روش‌های موثرتر وجود دارد (دین و همکاران، ۲۰۰۷).

در دهه‌های اخیر، محققان از رویکردهای مبتنی بر نظریه‌های مختلف برای بهبود پایبندی به درمان در افراد مبتلا به پرفشاری خون استفاده کرده‌اند. یکی از رویکردهای موثر برای مدیریت پرفشاری خون، استفاده از مفهوم خودکارآمدی است. خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم مهم در مدیریت بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود و برای بررسی و مدیریت بیماران با بیماری‌های مزمن استفاده می‌گردد (فری و همکاران، ۲۰۰۹). خودکارآمدی یا اعتماد به نفس فرد درباره توانایی خود در انجام یک رفتار خاص می‌تواند بر میزان تلاش وی برای رسیدن به آن هدف و در نتیجه، عملکرد کلی او در این تلاش تاثیر بگذارد. بنابراین، این مفاهیم معمولا در زمره مولفه‌های برنامه‌هایی هستند که برای بهبود مراقبت از خود در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شده‌اند (یاتیم و همکاران، ۲۰۱۹). برگرفته از نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، خودکارآمدی جزء جدایی‌ناپذیر بسیاری از مدل‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است. خودکارآمدی به عنوان باور فرد به توانایی خود برای سازماندهی رفتار خود برای دستیابی به نتیجه مطلوب تعریف شده است. این باور که بندورا آن را به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در نحوه تفکر، رفتار و احساس افراد توصیف می‌کند، می تواند نقش کلیدی در مدیریت بیماری‌های مزمن مانند پرفشاری خون داشته باشد (مجاهد و نویدیان، ۲۰۱۸). بندورا (۲۰۰۱) معتقد است که افزایش خودکارآمدی به درک ما از میزان تاثیری که بر زندگی خود داریم بستگی دارد (میتزالا و هارکینز، ۲۰۲۰). این مفهوم با مفاهیم واقعیت‌درمانی مطابقت دارد، زیرا فرد بر اساس این نظریه، احساس انگیزه، اعتماد و ارزش می‌کند و بنابراین، احساس راحتی و اعتماد به نفس می‌کند تا بتواند به طور موثر نیازهای اساسی خود را برآورده کند (فریدونی و همکاران، ۲۰۱۹). افراد با سطح خودکارآمدی بالاتر در کنترل بیماری خود موفق‌تر هستند (تان و همکاران، ۲۰۱۸). در چندین مطالعه، الگوی خودکارآمدی و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سراسر جهان بررسی شده است (آلوداگ و همکاران، ۲۰۱۶).

میرزایی علویجه و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان خودکارآمدی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شهرستان قزوین به این نتیجه دست یافتند که میانگین امتیاز خودکارآمدی و درک خودکارآمدی نسبت به رفتارهای مصرف مرتب دارو و کاهش وزن به ترتیب دارای بیشترین و کمترین امتیاز بود. درک خودکارآمدی با شغل، وضعیت تأهل، وضعیت درآمد و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنادار داشت که می‌توان با ارائه آموزش به خصوص از طریق پزشکان خودکارآمدی بیشتری را پیش‌بینی کرد. سوادکوه و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان تاثیر برنامه خودتدبیری در ارتقای سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه به این نتیجه دست یافتند که بین گروه کنترل و آزمون از نظر میزان خودکارآمدی بعد از اجرای مداخله اختلاف آماری معنی‌دار وجود دارد و اجرای برنامه خودتدبیری توانسته است سطح خودکارآمدی بیماران را افزایش دهد و می‌تواند برای متقاعد کردن بیماران به انجام تغییرات رفتاری و پای‌بندی به رژیم‌های غذایی، دارویی، ورزش و فعالیت جسمی و در نتیجه، کنترل فشارخون مناسب و کارآمد باشد. مطالعات قبلی نشان داده است که خودکارآمدی یکی از عوامل تعیین‌کننده پیروی از دارو در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است (دانیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ هانگ و همکاران، ۲۰۱۸). داده‌ها همچنین بر نقش مهم خودکارآمدی درک‌شده

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

به عنوان یک عامل شناختی که بر سلامت تاثیر می‌گذارد، تاکید می‌کنند (وارن فیندلو و همکاران، ۲۰۱۲). چندین مطالعه الگوی خودکارآمدی و رفتارهای خودمدیریتی را در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سراسر جهان بررسی کرده‌اند (هلبرگ و همکاران، ۲۰۱۶). خودکارآمدی پایین با خودمراقبتی بیماری مزمن مرتبط است که افراد را ملزم به انجام اشکال مختلف رفتار مراقبت از خود برای پرفشاری خون می‌کند (فلامر، ۱۹۹۴). خودکارآمدی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده غیرمستقیم در افراد مبتلا به پرفشاری خون عمل می‌کند که به واسطه سلامت جسمی و روانی ایجاد می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، با توجه به تحقیقات انجام‌شده، آموزش نظریه انتخاب و آگاهی دادن به افراد برای انتخاب آگاهانه و مسئولانه و همچنین، با توجه به کمبود درمان‌های روان‌شناختی منسجم در درمان بیماری پرفشاری خون، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند تاثیر خوبی داشته باشد و از رویکردهای موثر تلقی شود. همچنین، این درمان می‌تواند با تغییر در شیوه زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون نقش موثری در پیشگیری از این بیماری، افزایش طول عمر وکاهش هزینه داشته باشد؛ لذا چنین به نظر می‌رسد که بحث در رابطه با تاثیر مفاهیم اساسی رویکرد واقعیت-درمانی بر بیماری پرفشاری خون یک ضرورت بنیادی برای ارتقای بهداشت و سلامت روانی افراد مبتلا است (امانلو، ۲۰۰۸).

تاکنون پژوهش‌های اندکی به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌تجربی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به پرفشاری خون تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میبد (به تعداد ۴۰۰ نفر در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۷) بودند. تعداد ۳۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. همه شرکت‌کنندگان پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی و با آگاهی کامل در این پژوهش شرکت کردند. همچنین، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی از آنها به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن پرفشاری خون اولیه و رژیم دارویی مشابه (مهارکننده‌های ACE، بلوک‌کننده‌های آنژیوتانسین و بتابلوکرها)، و آگاهی از بیماری خود بود. 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 در بیش از یک جلسه بود. محقق بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی یزد (IR.IAU.YAZD.KHU.IF.1397.28) و همچنین، با کد ۱۰۵۲۰۷۰۶۹۶۲۰۱۹ و گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان، نمونه‌گیری را آغاز نمود. از افراد گروه آزمون خواسته شد در روزهای آتی برای شرکت در کلاس آموزشی که توسط پژوهشگر در مرکز بهداشت تشکیل می‌شد به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان میبد مراجعه نمایند. بیماران گروه آزمون در هشت جلسه آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب که توسط پژوهشگر هر هفته در مرکز بهداشت ارائه گردید، شرکت نمودند. هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد (جدول شماره ۱).

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد که مبنای آن، نسخه ایرانی پرسشنامه خودکارآمدی در افراد مبتلا به دیابت بود. این مقیاس که در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شد دارای ۱۷ گویه و چهار بعد رژیم غذایی (۸ گویه)، فعالیت بدنی (۴ گویه)، آزمون فشار خون (۲ گویه) و مصرف دارو (۳ گویه) است. مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت در سال ۱۹۹۹ توسط بیژل و همکاران و با همکاری چند تیم پژوهشی بین‌المللی ساخته شد و نسخه‌های مختلف آن اعتباریابی شده است (در استرالیا توسط مکدال و همکاران، و در چین توسط ویواین و همکاران) و مولفه‌های روان‌سنجی آن همواره مورد تایید قرار گرفته است (بیژل و همکاران، ۱۹۹۹). نمره‌گذاری آزمون، روی یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای که از "اصلا نمی‌توانم" تا "به طور قطع می‌توانم" در نظر گرفته شده است. نمرات پرسشنامه مذکور بین صفر و ۱۷۰ متغیر است. وودروف و کاشمن (۱۹۹۳)، روایی و پایایی این مقیاس را تایید کرده‌اند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۳ است و برای مطالعه روایی ملاکی، همبستگی آن با "مسند مهارگذاری درونی راتر" برابر ۰/۳۴۲ به دست آمد که از نظر آماری معنادار است. این پرسشنامه دارای روایی و اعتبار است که در ادامه به ویژگی‌های آن اشاره می‌شود، اما با توجه به تغییراتی که در این پرسشنامه داده شد، روایی آن مجدد مورد بررسی قرار گرفت (به نقل از آقا یوسفی و همکاران، ۲۰۱۲). حقایق و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان "روایی و پایایی مقیاس

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

خودکارآمدی مدیریت بیماران دیابت نوع ۲"، آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در مطالعه سروستانی و همکاران (۱۳۸۸)، ۰/۸۴ برآورد شد و در مطالعه حاضر نیز با همین روش، پایایی ۰/۸۶ به دست آمد. بنابراین، مولفه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه همواره در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تایید قرار گرفته است (ثابت سروستانی و هادیان شیرازی، ۲۰۰۹).

پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب

جلسه	محتوا
اول	معارفه، تبیین اهداف طرح و تکمیل پیش‌آزمون خودکارآمدی شرکت‌کنندگان
دوم	تعاریف متغیرهای طرح و نظریه انتخاب، ارائه جزوه
سوم	مباحث پایه‌ای در زمینه پرفشاری خون و عوارض آن و خودکارآمدی، ارائه جزوه
چهارم	مباحث اصول تغذیه مناسب در فشار خون، تبیین نظریه انتخاب در چهارچوب رژیم غذایی مناسب وآموزش دنیای کیفی، ارائه جزوه.
پنجم	مباحث پایه‌ای بعد تحرک و ورزش در کنترل فشارخون و تبیین نظریه انتخاب در چهارچوب فعالیت بدنی، ارائه جزوه
ششم	مباحث کنترل فشار خون و تبیین نظریه انتخاب در چهارچوب کنترل فشارخون، ارائه جزوه در پایان جلسه
هفتم	مباحث در مورد مصرف دارو و تبیین نظریه انتخاب در چهارچوب کنترل فشارخون از طریق مصرف دارو، ارائه جزوه
هشتم	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، اجرای پس‌آزمون، پاسخگویی به سئوالات شرکت‌کنندگان، تعیین جلسات پیگیری و ارزیابی

یافته‌ها

تحلیل‌های آماری در مورد سن، جنس و تحصیلات نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. در جدول شماره ۲ مهمترین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه گزارش شده است. بیشترین درصد افراد تحت مطالعه، زن بودند (۵۳ درصد) و در دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال قرار داشتند.

میانگین نمره خودکارآمدی گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون، ۱۲۰/۶۰۰ با انحراف معیار ۱۲/۵۶۹ بود که نسبت به میانگین نمره خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون (۹۵/۱۳۳ با انحراف معیار ۱۴/۱۸۷)، افزایش قابل توجهی داشته است. این تغییر در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود (میانگین نمره خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون، ۸۹/۶۴۳ با انحراف معیار ۱۲/۸۴۰ و در مرحله پس‌آزمون، ۸۹/۰۷۱ با انحراف معیار۱۳/۸۸۷). با توجه مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه (۶/۰۵۱) از مقدار F بحرانی با درجه آزادی (۲۶ و ۱) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگتر است (۳/۸۴)، فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره خودکارآمدی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون در گروه آزمون و کنترل با اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود. بنابراین، با توجه به بالاتر بودن میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌توان نتیجه گرفت که قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه آزمون موجب افزایش نمره خودکارآمدی شده است یا به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب منجر به افزایش خودکارآمدی آزمودنی‌های گروه آزمون شده است. شاخص اثر نشان می‌دهد که ۷۱/۱ درصد افزایش خودکارآمدی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمون را می‌توان به درمان مبتنی بر نظریه انتخاب نسبت داد.

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش و از بین بردن اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، از تحلیل کواریانس استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از این تحلیل (بررسی همگنی واریانس‌ها، نرمال‌بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پیش‌فرض‌ها نشان داد که می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در همه ابعاد نرمال است. همچنین، آزمون لوین در مورد برابری واریانس‌های نمره خودکارآمدی پاسخگویان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفت و مشخص گردید واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌های خودکارآمدی پرفشاری خون افزایش قابل توجهی داشته است. این تغییر در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس		
مرد	۷ (۴۶/۶۷)	۶ (۴۰/۰۰)
زن	۸ (۵۳/۳۳)	۹ (۶۰/۰۰)
تحصیلات		
راهنمایی	۸ (۵۳/۳۳)	۶ (۴۰/۰۰)
دبیرستان	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)
دانشگاهی	۴ (۲۰/۰۰)	۴ (۲۶/۶۷)
وضعیت اشتغال		
شاغل	۹ (۶۰/۰۰)	۱۰ (۶۶/۶۷)
بیکار	۶ (۴۰/۰۰)	۵ (۳۳/۳۳)
سابقه بیماری		
دارد	۱۱ (۷۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)
ندارد	۴ (۲۶/۶۷)	۷ (۴۶/۶۷)

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه و زمان	رژیم غذایی میانگین (انحراف معیار)	فعالیت بدنی میانگین (انحراف معیار)	مصرف دارو میانگین (انحراف معیار)	آزمون فشار خون میانگین (انحراف معیار)
آزمون				
قبل از مداخله	۳۹/۶۶۷ (۷/۷۶۱)	۲۱/۲۰۰ (۵/۹۹۰)	۲۲/۸۰۰ (۲/۲۷۴)	۱۱/۴۶۷ (۱/۷۲۶)
پس از مداخله	۵۲/۵۳۳ (۷/۵۹۶)	۲۷/۳۳۳ (۴/۹۸۱)	۲۶/۵۳۳ (۱/۶۸۵)	۱۴/۲۰۰ (۱/۱۴۶)
کنترل				
قبل از مداخله	۳۸/۷۸۶ (۷/۴۰۲)	۱۸/۱۴۲ (۵/۳۳۳)	۲۱/۱۴۳ (۱/۰۹۹)	۱۱/۵۷۱ (۱/۷۴۱)
پس از مداخله	۳۷/۵۰۰ (۹/۱۹۶)	۱۸/۱۴۳ (۵/۰۹۷)	۲۱/۹۲۹ (۱/۹۴۰)	۱۱/۵۰۰ (۱/۶۵۲)

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چندمتغیره (لامبدای ویلکز)، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی ($F=۲۲/۱۸۶$، $p<۰/۰۵$) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری حداقل در یکی از مولفه‌های پرسش‌نامه خودکارآمدی در مولفه فشار خون ایجاد شده است. از این رو، هر یک از این مولفه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. بر اساس این جدول، نتایج حاصل از مقایسه پس‌آزمون مولفه رژیم غذایی در دو گروه، با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که پس از مداخله، نمرات مولفه رژیم غذایی بیماران مبتلا به پرفشاری خون که در گروه آزمون قرار داشتند، نسبت بیماران گروه کنترل افزایش معناداری داشته است ($F_{۱/۲۶}=۳۴/۶۲۸$، $p\leq۰/۰۰۵$).

مقایسه پس‌آزمون مولفه فعالیت بدنی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب، نمرات مولفه فعالیت بدنی افراد مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است ($F_{۱/۲۶}=۵۳/۴۶۶$، $p\leq۰/۰۰۵$). نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون مولفه مصرف دارو در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب، نمرات مولفه مصرف دارو در

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

افراد مبتلا به پرفشاری خون در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است ($F_{1/26}$=۴۳/۹۵۹، p≤۰/۰۰۵). همچنین، مقایسه پس‌آزمون مولفه آزمون فشار خون در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب، نمرات مولفه آزمون فشار خون افراد مبتلا به پرفشاری خون گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است ($F_{1/26}$=۱۸/۹۷۹، p≤۰/۰۰۵) (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس به منظور تعیین تاثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به فشار خون

متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	شاخص اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۲۶۶۹/۲۷۲	۱	۲۶۶۹/۲۷۲	۳۱/۰۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۵	۰/۰۰۱
اثر گروه	۵۲۱۵/۰۲۴	۱	۵۲۱۵/۰۲۴	۶۳/۸۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
خطا	۲۱۴۹/۲۵۷	۲۶	۸۲/۶۶۴	—	—	—	—
کل	۳۳۳۹۵۶/۰۰	۲۹	—	—	—	—	—

جدول شماره ۵: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضی	درجه آزادی خطا	F	معنی‌داری
اثر پیلا	۰/۸۱۶	۴	۲۰	۲۲/۱۸۶	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۴	۴	۲۰	۲۲/۱۸۶	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینگ	۴/۴۳۷	۴	۲۰	۲۲/۱۸۶	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۴/۴۳۷	۴	۲۰	۲۲/۱۸۶	۰/۰۰۰۱

جدول شماره ۶: مقایسه نمرات پس‌آزمون مولفه‌های خودکارآمدی فشارخون در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	درجه آزادی	F	معنی‌داری	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون					
رژیم غذایی	۱	۱/۸۰۱	۰/۱۹۳	۰/۰۷۳	۰/۷۳
فعالیت بدنی	۱	۲/۷۵۴	۰/۱۱۱	۰/۱۰۷	۰/۸۰
مصرف دارو	۱	۱/۴۳۸	۰/۲۴۳	۰/۰۵۹	۰/۷۷
آزمون فشار خون	۱	۳/۹۴۰	۰/۰۵۹	۰/۱۴۶	۰/۸۷
گروه					
رژیم غذایی	۱	۳۴/۶۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۱	۰/۹۶
فعالیت بدنی	۱	۵۳/۴۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۹	۰/۶۴
مصرف دارو	۱	۴۳/۹۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۹۹
آزمون فشار خون	۱	۱۸/۹۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۹
نمره کلی خودکارآمدی	۱	۶۳/۸۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
خطا	۲۶	—	—	—	—
کل	۳۰	—	—	—	—

بحث

فشار خون بالا یک بیماری مزمن است که با افزایش فشار خون شریانی به‌طور پیوسته مشخص می‌شود. پرفشاری یک عامل خطر مهم برای بیماری‌های قلبی‌عروقی و عروقی مغز است (میلز و همکاران، ۲۰۱۶) که بر ساختار و عملکرد قلب، مغز، کلیه‌ها و سایر

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

اندام‌های مهم تاثیر می‌گذارد (ندانوکو و همکاران، ۲۰۱۶). این پژوهش تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون را بررسی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بوده است. بنابراین، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، بر خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون موثر است. نتایج این پژوهش با نتایج ویکوفسکی و کوبش (۱۹۹۷)، کینگاس و همکاران (۱۹۹۸)، روت لو (۱۹۹۹)، استرومبرگ و همکاران (۱۹۹۹)، دسی (۱۹۹۵)، صدیق (۲۰۱۴)، ابراهیمی (۲۰۱۲)، عباسی (۲۰۱۰) و امانلو (۲۰۰۸) همسو است. ویکوفسکی و کوبش (۱۹۹۷) نشان دادند با اجرای واقعیت‌درمانی بر روی افراد بیمار می‌توان با بالا بردن درک واقعی آنها از سلامتی خود پذیرش بیماری را افزایش داد و باعث شد فرد خود را به‌عنوان شخصی بیمار بداند و از رژیم غذایی نیز پیروی کند.

در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که آموزش نظریه انتخاب به افراد مبتلا به پرفشاری خون می‌آموزد که همه رفتارهای ما حاصل انتخاب‌های ما هستند و داشتن یک بدن سالم نیازمند انجام یک سری مراقبت‌های تغذیه‌ای مطلوب است. اگر فرد در حال حاضر از بیماری پرفشاری خون و عوارض ناشی از آن رنج می‌برد، به خاطر انتخاب خود اوست؛ زیرا وی، خود انتخاب کرده است که از یک سبک تغذیه‌ای نادرست پیروی کند و باید مسئولیت این انتخاب را بپذیرد. در جلسات گروه‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی، افراد یاد گرفتند در بعد کنترل رژیم غذایی، انتخاب‌های خود را اصلاح کنند و انتخاب‌های شایسته‌تری داشته باشند، انتخابی که به خودکارآمدی و کنترل پرفشاری خون آنها منتهی شود. در این راستا عباسی (۲۰۱۰) در پژوهشی که بر روی زندانیان انجام داد به این نتیجه رسید که آموزش واقعیت‌درمانی بر احساس خودکارآمدی موثر است.

در این مطالعه، تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب بر فعالیت جسمی افراد مبتلا به پرفشاری خون بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب بر فعالیت جسمی تاثیر مثبت دارد. در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که آموزش نظریه انتخاب به افراد مبتلا به پرفشاری خون می‌آموزد که تمامی رفتارهای افراد، حاصل انتخاب‌های ایشان است و اگر اکنون دارای بیماری پرفشاری خون هستند به دلیل انتخاب رفتارهای غیر مؤثری بوده است که تاکنون انجام داده‌اند. یکی از انتخاب‌های نامؤثر این بوده است که به جای اینکه انتخاب شایسته‌تری چون تحرک و سرزندگی داشته باشند، بی‌تحرکی و رخوت را انتخاب کرده‌اند. نظریه انتخاب به این افراد می‌آموزد که افراد چگونه می‌توانند انتخاب‌های بهتری را در حیطه اصلاح خودکارآمدی، فعالیت بدنی و تحرک جسمی خود داشته باشند. بنابراین، افراد یاد گرفتند که داشتن یک زندگی شاد و همراه با رضایت وابسته به انتخاب‌های شایسته و مؤثر و انتخاب فعالیت جسمی منظم در برنامه زندگی‌شان است.

درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر مصرف دارو در افراد مبتلا به پرفشاری خون موثر بود. امانلو (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که واقعیت‌درمانی در افراد مبتلا به دیابت در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری و در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری تأثیر بیشتری بر سازگاری و افزایش سلامت عمومی بیماران دارد. بنابراین، با افزایش سلامت عمومی و سازگاری بیشتر افراد مبتلا به پرفشاری خون با بیماری خود، به مصرف دارو روی می‌آورند. می‌توان گفت با توجه به اینکه نظریه انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می‌دهد و افراد را به سوی روان‌شناسی کنترل درونی و دست برداشتن از کنترل بیرونی دعوت می‌کند، بر اساس تجربه، زمانی که می‌توانیم باور خود مبنی بر کنترل بیرونی و اجبار را به یک آگاهی و شناخت صحیح از انتخاب تبدیل کنیم، به خوبی در مسیر یک تغییر اثر بخش و طولانی‌مدت قرار خواهیم گرفت. اینجاست که به تمرکز بر گذشته پایان می‌دهیم و آماده‌ایم که در اینجا و هم‌اکنون رفتارهای اثربخش‌تری را که بر آنها کنترل داریم انتخاب کنیم (گلاسر، ۲۰۱۲). بنابراین، آزمودنی‌ها در این آموزش یاد می‌گیرند که می‌توانند از طریق انتخاب شیوه‌های درست مصرف دارو، در افزایش خودکارآمدی و کنترل بیماری پرفشاری خون خود مؤثر باشند و با توجه به این آموزش به انتخاب شایسته بپردازند. آنها یاد می‌گیرند که پیامد انتخاب‌های درست آنها، مثل انتخاب شیوه‌های مناسب در مصرف به موقع دارو، می‌تواند منجر به کنترل بیشتری بر خودکارآمدی و خودمراقبتی شود که در نهایت منجر به افزایش خودکارآمدی و کنترل بیماری پرفشاری خون و در نهایت، کنترل عوارض این بیماری می‌شود. بهبود خودکارآمدی می‌تواند با تغییر رفتار و پذیرش درمان، منجر به ارتقای سلامت جسمی و روانی بیماران شود (رویانی و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از فرازیان و همکاران، ۲۰۱۹). باورهای خودکارآمدی پایه اولیه و اساسی انگیزه انسان است که با عوامل شناختی و انگیزشی متعددی مانند کنترل احساسات مرتبط است (میتزالا و هارکینز، ۲۰۲۰). خودکارآمدی تحت تأثیر تجربه عملکرد قبلی فرد با فعالیت‌های مرتبط و همچنین سایر سیگنال‌های اجتماعی به‌دست‌آمده است (مینتر و پریزکر، ۲۰۱۷).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش ویژه بیماران، مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند در جهت افزایش دانش، مهارت، خودکارآمدی و اصلاح رفتارهای مرتبط با بیماری برای کمک به درمان خویش موثر باشند (بوربا و همکاران، ۲۰۰۴). از طرفی دیگر، در برنامه‌های آموزشی افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی مثل پرفشاری خون بر تغییر رفتار تاکید می‌شود و از بیماران خواسته می‌شود مصرف دارو و سایر دستورات پزشکی را رعایت کنند یا به اصطلاح در درمان خود مشارکت کنند؛ اما به این موضوع کمتر توجه می‌شود، که این مشارکت مستلزم آن است که بیماران مطمئن شوند که می‌توانند آگاهانه تغییرات سبک زندگی و مصرف دارو را برای تمام عمر رعایت کنند (ژو و همکاران، ۲۰۰۸). اگر بیماران به توانایی‌های خود در بهبود وضعیت سلامتی از طریق تغییر رفتار و مصرف دارو برای تمام عمر اعتقاد نداشته باشند، رسیدن به این مهم میسر نخواهد بود (سول و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های این پژوهش نشان داد همه بیماران گروه آزمون تمایل به بهبود فشارخون خود داشتند. پس از به‌کارگیری آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب، نمره آزمون فشارخون در بیماران گروه آزمون تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت، که این تفاوت، نشان‌دهنده موثر بودن آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب بر میزان فشار خون بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود. ابراهیمی (۲۰۱۲) در پژوهش خود مشخص کرد که اجرای واقعیت‌درمانی باعث افزایش خودکارآمدی عمومی در بین افراد می‌شود. بنابراین، برای بیمارانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، انتخاب شیوه درمانی مبتنی بر انتخاب می‌تواند کمک‌کننده باشد (ابراهیمی، ۲۰۱۲).

در تبیین این یافته باید گفت آموزش نظریه انتخاب به فرد مبتلا به بیماری پرفشاری خون می‌آموزد که بیماری حاصل انتخاب‌های وی است و اگر اکنون دارای بیماری پرفشاری خون است، به دلیل انتخاب رفتارهای غیر مؤثری بوده که تاکنون انجام داده است. یکی از انتخاب‌های ناموثر وی در مقابل بیماری پرفشاری خون این بوده است که در کنترل و چک کردن مرتب فشارخون خود کوتاهی کرده است. نظریه انتخاب به این افراد می‌آموزد که چگونه می‌توانند انتخاب‌های بهتری را درحیطه خودکارآمدتر شدن و کنترل منظم فشارخون خود داشته باشند و مسئولیت خود را در قبال انتخاب‌های اشتباه خود بپذیرند. این مطالعه اطلاعات جدیدی در زمینه تاثیرات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر خودکارآمدی افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون ارائه داد. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که افراد با تغییر و اصلاح انتخاب‌های خود می‌توانند به کنترل بیماری پرفشاری خون و پیشگیری از عوارض احتمالی آن دست یابند.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند به عنوان یک روش مکمل درمانی و موثر در افزایش خودکارآمدی افراد مبتلا به پرفشاری خون مورد استفاده قرار گیرد. انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش تنها بر روی نمونه کوچکی از افراد مبتلا به پرفشاری خون در شهرستان میبد انجام شد، از این رو، برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر آن، به دلیل محدودیت زمانی، برای بررسی پایداری اثر درمان آزمون پیگیری انجام نشد و تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب با هیچ درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفت.

با توجه به اهمیت خودکارآمدی در عرصه‌های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در بین افراد مبتلا به پرفشاری خون و همچنین، مزایای درمان مبتنی بر نظریه انتخاب به شیوه گروهی، پیشنهاد می‌شود جهت ارتقای خودکارآمدی بیماران در بیماری‌های مختلف دیگر از جمله میاستنی گراویس، چاقی و ... از این روش استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و بهداشتی به نقش متغیرهای روان‌شناختی مثل خودکارآمدی در درمان این بیماران توجه بیشتری نمایند و درمان‌های روان‌شناختی را در کنار درمان‌های دارویی مورد نظر قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم طاهره دهقانی فیروزآبادی است که در دانشگاه آزاد اسلامی یزد واحد علوم تحقیقات به تصویب رسید. بدین وسیله، از تمام مسئولان مربوطه و همکاران محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میبد و کلیه بیمارانی که ما را در این زمینه یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

منابع فارسی

آقایوسفی ع، شقاقی ف، دهستانی م و برقی ایرانی ز. ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام- اس. مجله روانشناسی سلامت. ۱۳۹۱؛ ۱ (۱): ۲۹-۴۱.

ابراهیمی س. اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکارآمدی اجتماعی دختران ۱۶ تا ۱۸ ساله دارای پدران معتاد به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک ترک، کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۹۱.

اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکارآمدی دختران ۱۶ تا ۱۸ ساله با پدران معتاد مراجعه کننده به کلینیک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۹۱.

امانلو ف. بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت درمانی دو گروهی و رویکردهای شناختی رفتاری بر بیماران دیابتی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد؛ ۲۰۰۸.

پروچاسکا، ج ا؛ نورکراس، ج س (۲۰۱۲). نظریه‌های روان‌درمانی، مترجم: سید محمدی ی. چاپ یازدهم. تهران: انتشارات روان.

ثابت سروستانی ر و هادیان شیرازی ز. شاخص‌های تشخیصی دیابت و خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز سال ۱۳۸۶. نشریه پژوهش پرستاری ایران. ۱۳۸۸؛ ۴ (۱۴): ۱۵-۲۱.

حقایق ع، قاسمی ن، نشاط دوست ح ط، کجباف م ب و خانبانی م. روایی و پایایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماران دیابت نوع ۲. مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۳۸۹؛ ۱۲ (۲): ۱۱۱-۱۱۵.

سوادکوه ام الهدی ک، ذاکری مقدم م، غیاثوندیان ش و کاظم‌نژاد ا. تأثیر اجرای برنامه خودتدبیری در ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اولیه. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۹۱؛ ۲۲ (۹۲): ۱۹-۲۸.

شیخ شرفی ح و سیدامینی ب. ارزیابی سواد سلامت و خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی. مجله سواد سلامت. ۱۳۹۵؛ ۱: ۲۰۳-۲۱۹.

صاحبی ع (۱۳۹۵). ویلیام گلاسر: بنیانگذار نظریه انتخاب و واقعیت درمانی. تهران: انتشارات دانژه.

صدیق س. بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر چاقی و اضافه وزن، خودکارآمدی وزن و عزت نفس زنان چاق و دارای اضافه وزن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۹۳.

عباسی ب. اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش احساس خودکارآمدی زندانیان شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد مرودشت، ۱۳۸۹.

فرازیان ف، امامی مقدم ز، حشمتی نبوی ف و بهنام واشانی ح. تأثیر آموزش خودمراقبتی طراحی شده بر اساس مدل خودکارآمدی بندورا بر بیماران مبتلا به فشار خون: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده. مجله مراقبت مبتنی بر شواهد. ۱۳۹۸؛ ۹ (۲): ۴۴-۵۲.

فرخزاد ط. بررسی مقایسه‌ای و رابطه بین سه نوع تفاوت سنی زوجین، پنج نیاز ضروری گلاسر و سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه الزهراء تهران، ۱۳۹۲.

قربانی ر، اسکندریان ر، ملک م و رشیدی پور علی. بررسی شیوع پرفشاری خون در جمعیت بزرگسال استان سمنان. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۳۸۷؛ ۱۰ (۵): ۴۹۵-۵۰۳.

گلاسر و (۱۳۹۵). نظریه انتخاب: روانشناسی نوین آزادی شخصی. مترجم: فیروزبخت م. چاپ اول. تهران: انتشارات رسا؛ ۴۳-۶۵.

مجاهد خ و نویدیان ع. تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی ترک قلیان در زنان باردار: کارآزمایی بالینی تصادفی شده. مجله حیات. حیات. ۱۳۹۷؛ ۲۴ (۱): ۸۴-۹۶.

منصوریان م، قربانی م، شفیعیان ن، آسایش ح، رحیم زاده برزکی ه، شفیعیان ز و مقصودلو د. ارتباط سبک زندگی با پرفشاری خون در جمعیت روستایی گرگان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۳۹۱؛ ۱ (۲): ۲۳-۲۸.

میرزایی علویجه م، نصیرزاده م، جلیلیان ف، مصطفوی ف و حافظی م. خودکارآمدی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. پزشکی دانشور ۱۳۹۱؛ ۲۰ (۹۸): ۵۱-۵۸.

میرزایی م، مؤیدالهی س، جباری ل و محمدی م. شیوع فشار خون در ایران ۱۳۵۹- ۱۳۹۱: مروری سیستماتیک. مجله مرکز قلب دانشگاه تهران. ۲۰۱۶؛ ۱۱ (۴): ۱۵۹.

نویدیان ع، عابدی م ر، باغبان ا، فاتحی زاده م و پورشریفی ح. تأثیر مصاحبه انگیزشی بر تغییرات سبک زندگی مراجعان مبتلا به پرفشاری خون. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۹؛ ۱۷ (۷۱): ۵-۲۵.

منابع انگلیسی

Bijl Jvd, Poelgeest-Eeltink Av, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. J Adv Nurs 1999; 30:352-359.

Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self management and behavior modification in COPD. Patient Educ

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

Couns 2004; 52(3): 271-277.
Daniali S. S., Darani F. M., Eslami A. A., Mazaheri M. (2017). Relationship between self-efficacy and physical activity, medication adherence in chronic disease patients. Adv. Biomed. Res. 29 (6), e63.
Davison K, Johnson N. Psychopathology, Translated by Hamid Shamsipour, Tehran: Arjmand Publications 2014; 442.
Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP. Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. Fam Prac 2007; 24:259-262.
Deci, E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American psychologist 1995; 55(1): 68.
Fereydouni H, Omidi A, Tamannaeifar S. The Effectiveness of Choice Theory Education on Happiness and SelfEsteem in University Students. Practice in Clinical Psychology. 2019 Jun 10;7(3):207-14.
Flammer A. Self-Efficacy. In: International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences: Second Edition. Second edi. 1994:1-15.
Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan M. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations-a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2009; 7(86): 1-10.
Glasser w. Counseling with choice theory: The New Reality Therapy. New York, Harpercollins 2012.
Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: patients' experiences of using a mobile phone-based system. J Hum Hypertens. 2016;30(2):141–6.
Huang Y. M., Shiyanbola O. O., Chan H.-Y. (2019). A path model linking health literacy, medication self-efficacy, medication adherence, and glycemic control. Patient Educ. Couns. 101 (11), 1906–1913.
Irazola V. E., Gutierrez L., Bloomfield G. (2016). Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in selected LMIC communities: results from the NHLBI/UHG network of centers of excellence for chronic diseases. Glob. Heart 11 (1), 47–59.
Jaarsveld, C. H. M., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Ormel, J., Veldhuisen, D. J. & Kempen, G. J. Gender-Specific change in quality of life following cardiovascular disease: A ProsPective study. Journal of Clinical Epidemiology 2002; 55(6), 1105- 1112.
Joekes K, Maes S, Warrens M. predicting quality of life &self-management from dyadicsupport & overprotection after myocardialinfarction. British Journal of Health Psychology 2007; 12(pt4): 473-489.
Khairy S, Aslan A, Samara A.M, Mousa I, Alkaiyat AS, & Zyoud SH. Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: a crosssectional study from Palestine. Journal of Health, Population and Nutrition. (2021) 40:1. https://doi.org/10.1186/s41043-021-00225-2.
Kyngas H, Hentinen M, Barrlow H. Adolescents perceptionds? Of psysicians, nurses, parents and Friends. J -Adv-Nurr 1998; 27:760-769.
Lee MJ, Romero S, Guang Jia H, Velozo CA, Ann L, Gruber-Baldini LMS. Self-efficacy for managing hypertension and comorbid conditions. World J Hypertens. 2019;9(3):30-41.
M M Vanhoof J, Delcroix M, Vandevelde E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge C, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. J Heart Lung Transplant 2014; 33(8): 800-808. doi: 10.1016/j.healun.2014.04.003.
Metsala JL, Harkins MJ. An Examination of Preservice Teachers' Self-Efficacy and Beliefs About Inclusive Education. Teacher Education and Special Education. 2020 May;43(2):178- 92.https://doi.org/10.1177/0888406419 873060.
Mills, K.T., Bundy, J.D., Kelly, T.N., Reed, J.E., Kearney, P.M., Reynolds, K., Chen, J., He, J., 2016. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. Circulation 134 (6), 441-450. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.
Minter A, Pritzker S. Measuring adolescent social and academic selfefficacy: cross-ethnic validity of the SEQ-C. Research on Social Work Practice. 2017 Nov;27(7):818- 26.
Moser D, Riegel B. Cardiac nursing: Acompanion to Braunwalds heart disease. 1thed. Saunders: St. Louis 2008.
Ndanuko, R.N., Tapsell, L.C., Charlton, K.E., Neale, E.P., Batterham, M.J., 2016. Dietary patterns and

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

blood pressure in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Adv. Nutr. 7 (1), 76-89. https://doi.org/10.3945/ an.115.009753.

Newell MA. Knowledge, perceptions, beliefs and behaviors related to the prevention of hypertension among Black Seventh-day Adventists living in London. A Dissertation in Degree of Doctor of Public Health in Health Education, School of Public Health, LOMA LINDA University, California; 2008.

Porth CM, Gaspard KJ, Book D, Gunta KE, Carroll EW, Guven S, et al. Essentials of pathophysiology. 1th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins 2004; 254-290.

Routhlo L. correlate of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. J-Adv-Nurs 1999; 30(2): 418-442.

Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens NB, Visseren FL. Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. Patient Educ Couns 2006; 61(3): 443-448.

Stromberg A et Al. Factors influencing patient compliance with Therapeutic regiments in chronic heart failure, Heart-Lung 1999; 28(5): 334-441.

Tang HY, Harms V, Vezeau T. An audio relaxation tool for blood pressure reduction in older adults. Geriatr Nurs 2008; 29(6): 392- 401. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.02.003.

Uludag A, Sahin EM, Agaoglu H, Gungor S, Ertekin YH, Tekin M. Are blood pressure values compatible with medication adherence in hypertensive patients? Niger J Clin Pract. 2016;19(4):460-464.

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; 164:2126-2134.

Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American Adults. J Community Health. 2102;37(1):15-24.

Wichowski Hc, . The relationship of self- perception of illness and compliance with health care regimen. J-Adv-Nurs 1997; 25(3): 548-553.

World Health Organization (2013). A global brief on hypertension. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.

Xue F, Yao W, Levin J. A randomised trial of a 5 week, Manual based, Self management program for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. Biomed Central Cardiovascular Disorder 2008, 8(10): 10-11.

Yatim HM, Wong YY, Neoh CF, Lim SH, Hassali MA, Hong YH. Factors influencing patients' hypertension self-management and sustainable self-care practices: a qualitative study. Public health. 2019;1;173:5-8.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]

Original Article

The effect of reality therapy on self-efficacy in people with hypertension

***Tahereh Dehghani Firouzabadi[1], MSc**
Alieh Dehghani Firouzabadi[2], MD
Mohammad Hossein Dehghani Firouzabadi[3], MSc

Abstract

Aim. The aim of this study was to examine the effect of treatment based on choice theory (reality therapy) on self-efficacy of people with hypertension.

Background. Hypertension and its complications leads to high mortality and therefore, is considered as a major health problem affecting individual self-efficacy. In addition to drug therapy, psychological treatments can be a significant and important prerequisite for behavior change and self-care promotion in people with hypertension.

Method. The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and control group. The statistical population of the study included all people with high blood pressure under coverage of the health centers of Meybod city Yazd province) in the fall-winter 2018, who were recruited in the study based on convenience sampling (n=30) and were randomly allocated to experimental and control group. The samples responded to the self-efficacy questionnaire of hypertensive patients (DMSES) before and after intervention. The treatment program based on choice theory was carried out in 8 sessions. The data were analyzed by covariance analysis according to the research hypothesis.

Findings. The results showed that after controlling for the pre-test effect, there was a statistically significant difference between the post-test self-efficacy scores of the group. After the treatment based on the selection theory, the scores of the dimensions of diet, physical activity, drug consumption and blood pressure control of patients with hypertension increased significantly in experimental group compared with the control group.

Conclusion. Implementation of treatment based on choice theory can be a suitable method for increasing self-efficacy in people with hypertension. It's suggested that by applying the theory-based treatment of choice for people with hypertension, an effective step can be taken to improve their self-efficacy.

Keywords: Hypertension, Choice theory, Reality therapy, Self-efficacy

1 Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University Branch Yazd, Yazd, Iran (*Corresponding Author) email: sepidyas90@gmail.com
2 Obstetrics and Gynecology Specialist, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3 Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Department of Science and Research, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-11]