

پیش‌بینی خودکارآمدی بر اساس کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به پرفشاری خون

Prediction of Self-Efficacy Based on Health Information Utilization and Perceived Social Support among Women with Hypertension

Akram Sadeghi Firouzabadi

PhD Student, Department of psychology, Na.c., Islamic Azad university, Najafabad, Iran.

Dr. Mojtaba Ansari Shahidi*

Assistant Professor, Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Dransarishahidi@gmail.com

Dr. Biouk Tajeri

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Dr. Fardin Moradmanesh

Assistant professor, Department of psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

اکرم صادقی فیروزآبادی

دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

دکتر مجتبی انصاری شهیدی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

دکتر بیوک تاجری

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر فردین مرادی منش

استادیار، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

Abstract

The present study aimed to predict self-efficacy based on the application of health information and perceived social support in women with hypertension. The research method was descriptive-correlational. The study population consisted of women with hypertension in the city of Hamedan in 2024, from whom 384 participants were selected through purposive sampling. The instruments used in this study included the Self-Efficacy Questionnaire by Sherer et al. (1982; SEQ), the Health Literacy Questionnaire by Montazeri et al. (2014; HELIA), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support by Zimet et al. (1988; MSPSS). Data were analyzed using Pearson correlation coefficients and simultaneous multiple regression analysis. The findings indicated that there was a positive and significant relationship between the application of health information and perceived social support and self-efficacy in women with hypertension ($p < 0.05$). Furthermore, the application of health information and perceived social support jointly explained 23.6% of the variance in self-efficacy among women with hypertension ($p < 0.05$). Based on these findings, it can be concluded that the application of health information and perceived social support are significant predictors of self-efficacy in women with hypertension, highlighting the necessity of considering these factors interactively in programs designed to enhance self-efficacy among women with hypertension.

Keywords: Perceived Social Support, Health Literacy Utilization of Health Information, Self-Efficacy, Women with Hypertension.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکارآمدی بر اساس کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به فشار خون بالا در شهر همدان در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که از بین آنها به صورت هدفمند ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۳۹۳، SEQ)، پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۳، HELIA) و حمایت اجتماعی ادراک شده و همکاران (۱۹۸۸، MSPSS) بود. روش تحلیل این پژوهش، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان بود. یافته‌ها نشان داد که بین کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی زنان مبتلا به فشار خون بالا رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده در مجموع ۲۳/۶ درصد از تغییرات خودکارآمدی زنان مبتلا به فشار خون بالا را تبیین کردند ($p < 0.05$). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند تبیین کننده خودکارآمدی زنان مبتلا به فشار خون بالا باشند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به فشار خون بالا ضروری است.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، کاربرد اطلاعات سلامت، خودکارآمدی، زنان مبتلا به پرفشاری خون.

مقدمه

پرفشاری خون^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر در جهان به‌شمار می‌رود که سهم قابل توجهی در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی، نارسایی کلیوی و مرگ‌ومیر زودرس دارد (آکینز^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). روند فزاینده شیوع پرفشاری خون، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، آن را به یکی از اولویت‌های اصلی نظام‌های سلامت تبدیل کرده است (اوسپووا^۳ و همکاران، ۲۰۲۶). در میان گروه‌های مختلف جمعیتی، افراد مبتلا به پرفشاری خون با چالش‌های ویژه‌ای مواجه‌اند؛ تغییرات هورمونی، نقش‌های چندگانه خانوادگی و اجتماعی، فشارهای روانی، و گاه دسترسی نابرابر به منابع حمایتی و آموزشی می‌تواند مدیریت مؤثر بیماری را برای آنان پیچیده‌تر سازد (آدیکولا^۴ و همکاران، ۲۰۲۶). کنترل پرفشاری خون صرفاً به مصرف دارو محدود نمی‌شود، بلکه نیازمند مجموعه‌ای از رفتارهای خودمراقبتی پایدار مانند پابندی به درمان، اصلاح سبک زندگی، تغذیه سالم، فعالیت بدنی منظم، مدیریت استرس و پیگیری مستمر وضعیت سلامت است (فراز^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). تحقق این رفتارها بدون در نظر گرفتن عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر بر رفتار سلامت، با دشواری همراه خواهد بود (مگا^۶، ۲۰۲۴).

یکی از مفاهیم کلیدی که در دهه‌های اخیر توجه گسترده‌ای را در تبیین رفتارهای سلامت و خودمراقبتی بیماران مزمن به خود جلب کرده است، مفهوم خودکارآمدی^۷ است (هرمانسون-بوربیایی^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). خودکارآمدی به باور فرد نسبت به توانایی خود در سازماندهی و اجرای رفتارهای لازم برای دستیابی به نتایج مطلوب اشاره دارد. این سازه نه تنها بر انتخاب رفتارها اثر می‌گذارد، بلکه میزان تلاش، پشتکار در مواجهه با موانع، و نحوه مقابله با ناکامی‌ها را نیز تعیین می‌کند (پوسپیتا^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). در زمینه پرفشاری خون، خودکارآمدی نقش محوری در مدیریت بیماری ایفا می‌کند، زیرا بسیاری از رفتارهای ضروری برای کنترل فشار خون، رفتارهایی مستمر، آموختنی و وابسته به تصمیم‌گیری روزمره هستند (روی و تاکور^{۱۰}، ۲۰۲۵). فرد مبتلا به پرفشاری خون زمانی که به توانایی خود برای پابندی به رژیم غذایی مناسب، انجام فعالیت بدنی منظم، مصرف صحیح داروها و پایش فشار خون باور داشته باشد، با احتمال بیشتری این رفتارها را آغاز کرده و در طول زمان حفظ می‌کند (ژانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خودکارآمدی بالاتر با کنترل بهتر فشار خون، کاهش عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی همراه است (منگا و دجها^{۱۲}، ۲۰۲۵)، در حالی که خودکارآمدی پایین می‌تواند به احساس ناتوانی، درماندگی، عدم پابندی به درمان و در نهایت تشدید پیامدهای منفی بیماری منجر شود (باسول و اوزر^{۱۳}، ۲۰۲۵). از این‌رو، خودکارآمدی نه تنها یک متغیر روان‌شناختی ساده، بلکه یک عامل تعیین‌کننده در مسیر مدیریت موفق پرفشاری خون محسوب می‌شود (مگا^{۱۴}، ۲۰۲۴).

با وجود اهمیت خودکارآمدی، این سازه به‌طور مستقل شکل نمی‌گیرد و تحت تأثیر عوامل شناختی، رفتاری و اجتماعی متعددی قرار دارد. یکی از عوامل مهم و کمتر مورد توجه در این زمینه، کاربرد اطلاعات سلامت^{۱۵} است. کاربرد اطلاعات سلامت فراتر از صرف دسترسی به اطلاعات است و به توانایی فرد در درک، ارزیابی، تفسیر و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت در موقعیت‌های واقعی زندگی اشاره دارد (ریکماساری^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). در مورد افراد مبتلا به پرفشاری خون، اطلاعات مربوط به ماهیت بیماری، عوارض آن، نحوه مصرف دارو، تغذیه از صرف دسترسی به اطلاعات است (اوپویو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴) و به توانایی فرد در درک، ارزیابی، تفسیر و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت در موقعیت‌های واقعی زندگی اشاره دارد (باریرو و لویز^{۱۸}، ۲۰۲۵). کاربرد مؤثر اطلاعات سلامت می‌تواند به

1 Hypertension

2 Akins

3 Osipova

4 Adekola

5 Fraz

6 Mega

7 Self-Efficacy

8 Hermansson-Borrebäck

9 Puspita

10 Roy, Thakur

11 Zhong

12 Menga, Djaha

13 Basol, Özer

14 Mega

15 Health Information Utilization

16 Rikmasari

17 Upoyo

18 Barreiro, Lopes

افزایش احساس کنترل فرد بر بیماری، کاهش ابهام و اضطراب، و تقویت باور به توانمندی شخصی منجر شود؛ فرآیندی که به طور مستقیم با ارتقای خودکارآمدی در ارتباط است (کیم^۱ و همکاران، ۲۰۲۴ و هانی^۲ و همکاران). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که قادرند اطلاعات سلامت را به صورت فعالانه در زندگی روزمره خود به کار گیرند، در مواجهه با چالش‌های بیماری انعطاف‌پذیرتر عمل می‌کنند و احساس شایستگی بیشتری در مدیریت وضعیت سلامت خود دارند (سان و هان^۳، ۲۰۲۵). این تجربه‌های موفق، مطابق با چارچوب نظری شناخت اجتماعی، یکی از قوی‌ترین منابع شکل‌گیری و تقویت خودکارآمدی هستند. بنابراین، کاربرد اطلاعات سلامت نه تنها پیامدی از خودکارآمدی نیست، بلکه می‌تواند به عنوان عاملی پیش‌بین و تقویت‌کننده آن عمل کند (هس انگستروم^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).

از جمله متغیرهای دیگری که به نظر می‌رسد می‌تواند خودکارآمدی در زنان مبتلا به پرفشاری خون را پیش‌بینی نماید؛ حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۵ است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به برداشت و ارزیابی ذهنی فرد از میزان در دسترس بودن حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزشی از سوی خانواده، دوستان و سایر افراد معنادار اشاره دارد (وانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در تسهیل یا تضعیف فرآیند مدیریت بیماری ایفا کند (ما^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). احساس اینکه فرد در مسیر کنترل بیماری تنها نیست، می‌تواند انگیزه، امید و اعتمادبه‌نفس او را افزایش دهد (لو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). این حمایت می‌تواند از طریق الگوهای رفتاری مثبت، تشویق کلامی، بازخوردهای تقویت‌کننده و فراهم‌سازی منابع لازم، باور فرد به توانمندی خود را تقویت کند (پراتیوی^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، فقدان حمایت اجتماعی یا ادراک پایین از آن می‌تواند احساس انزوای ناتوانی و بی‌انگیزگی را افزایش داده و مسیر تقویت خودکارآمدی را مختل کند (بهاراتاری^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴ و لیو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴).

با وجود شیوع بالای پرفشاری خون و پیامدهای جدی جسمانی، روانی و اقتصادی آن، بخش قابل‌توجهی از ناکامی در کنترل این بیماری نه به کمبود درمان دارویی، بلکه به ضعف در رفتارهای خودمراقبتی پایدار بازمی‌گردد؛ رفتاری که در ادبیات سلامت به طور مکرر با خودکارآمدی به عنوان هسته روان‌شناختی مدیریت بیماری‌های مزمن پیوند خورده است. با این حال، اغلب پژوهش‌ها خودکارآمدی را به صورت یک متغیر پیامدی یا توصیفی بررسی کرده‌اند (آلکوسر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵) و کمتر به این پرسش اساسی پرداخته‌اند که خودکارآمدی چگونه و تحت تأثیر چه عواملی شکل می‌گیرد و قابل پیش‌بینی می‌شود. از یک سو، کاربرد اطلاعات سلامت نه صرف دسترسی یا آگاهی، نشان‌دهنده توانایی در فهم، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با پرفشاری خون در تصمیم‌گیری‌های روزمره است و می‌تواند به طور مستقیم باور آنان به توانمندی در کنترل رژیم غذایی، مصرف دارو و اصلاح سبک زندگی را تقویت یا تضعیف کند (هس انگستروم و همکاران، ۲۰۲۴)؛ با این حال نقش پیش‌بینانه این سازه در تبیین خودکارآمدی زنان مبتلا به پرفشاری خون به طور منسجم بررسی نشده است. از سوی دیگر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان منبعی کلیدی در نظریه شناختی-اجتماعی، می‌تواند از طریق تقویت انگیزش، کاهش درماندگی ادراک‌شده و فراهم‌سازی منابع عاطفی و عملی، زمینه‌ساز ارتقای خودکارآمدی شود (ما و همکاران، ۲۰۲۴)، اما در پژوهش‌های موجود غالباً به عنوان متغیری زمینه‌ای یا پیامدی تلقی شده و جایگاه آن به عنوان پیش‌بین خودکارآمدی مغفول مانده است. تمرکز بر زنان اهمیت دوچندان دارد، زیرا نقش‌های چندگانه، فشارهای روانی و اولویت دادن به نیازهای دیگران، آنان را بیش از مردان در معرض خودکارآمدی پایین و در نتیجه کنترل نامطلوب فشار خون قرار می‌دهد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی خودکارآمدی بر اساس کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان مبتلا به پرفشاری خون بود.

1 Kim

2 Hani

3 Son, Han

4Hess Engström

5 Perceived Social Support

6 Wang

7 Ma

8 Luo

9 Pratiwi

10 Bhattarai

11 Liu

12 Alcocer

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از زنان مبتلا به فشارخون بالا در سال ۱۴۰۳ در شهر همدان بود. تعداد جامعه با توجه به آمار به‌دست‌آمده از بیمارستان‌های شهر همدان ۲ هزار نفر گزارش شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد و حداقل حجم نمونه نیز با توجه به جدول مورگان ۳۸۴ نفر گزارش شد. معیارهای ورود گذشتن حداقل یک سال از تشخیص ابتلا به فشارخون بالا، دامنه سنی ۶۵-۳۵ سال، داشتن سواد در حد خواندن و درک متن، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر (به‌استثنای بیماری‌های قلبی)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در هنگام شرکت در پژوهش بود (لازم به ذکر است این اطلاعات از طریق اظهارات بیماران به دست آمد). همچنین معیار خروج داده‌های از دست‌رفته بیشتر از ۵ درصد در هر یک از پرسشنامه‌ها بود. از ملاحظات اخلاقی این پژوهش محرمانه بودن نتایج پژوهش بود که به زنان مبتلا به فشارخون بالا توضیح و اطمینان داده شد که نتایج پژوهش و پاسخ‌های شخصی بررسی نمی‌شوند به همین دلیل نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست، بلکه پاسخ‌های آن‌ها فقط در سطح نتایج گروهی تحلیل خواهند شد. همچنین در انتهای پرسشنامه امکان آن فراهم شد که در صورت تمایل زنان شرکت‌کننده در پژوهش از نتایج به صورت شخصی یا ناشناخته، مسیر ارتباطی خود را مشخص نمایند تا نتایج فردی، در صورت درخواست برای آن‌ها ارسال شود. همچنین برای کنترل اثر ترتیب و خستگی دو فرم متفاوت از پرسشنامه‌ها تنظیم و اجرا شد. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی^۱ (SEQ): این پرسشنامه توسط شرر^۲ و همکاران (۱۹۸۲) جهت تعیین سطوح مختلف خودکارآمدی عمومی افراد ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده بوده و هر ماده دارای ۵ گزینه است که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم= ۵ نمره گذاری می‌شود. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی، ضعیف؛ در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسط و در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می‌باشد. در پژوهش اکهامار^۳ و همکاران (۲۰۲۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۶ به دست آمده است و روایی ملاک این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی با مقیاس منبع کنترل راتر ۰/۲۹ گزارش شده است. در ایران فلاح و همکاران (۱۴۰۴) برای اعتباریابی آزمون خودکارآمدی و میزان کارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کردند و ضریب پایایی از طریق اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و طول نابرابر ۰/۷۷ به دست آمده است. همچنین آلفای کرونباخ با همسانی این پرسشنامه برابر ۰/۷۹ به دست آمده است. روایی پرسشنامه از طریق همبستگی با پرسشنامه خودکارآمدی ۰/۵۸ گزارش شده است (فلاح و همکاران، ۱۴۰۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ بود.

سواد سلامت^۴ (HELIA): این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی و تدوین شده است و دارای ۳۳ سوال است. حیطه‌های مورد ارزیابی شامل دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و کاربرد اطلاعات سلامت است. پاسخگویی به آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم= ۰ تا کاملاً موافقم= ۵) انجام می‌شود. کسب نمره بالا در هر بخش نشان‌دهنده میزان بالای آن است. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی ۰/۸۲ و پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (قنبری تلوکی و همکاران، ۱۴۰۲). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ بود.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۵ (MSPSS): مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده توسط زیمت^۶ و همکاران (۱۹۸۸) به سنجش میزان دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده در سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم می‌پردازد. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است و پاسخ هر گویه به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) است. دامنه نمرات کل بین ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بالاتر است که فرد از سوی خانواده، دوستان، یا دیگر افراد مهم زندگی دریافت می‌کند. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ساختار سه عاملی مقیاس را بدست آوردند و همبستگی بین خرده

1 Self-Efficacy Questionnaire

2 Shere

3Ekhammar

4 Health Literacy for Iranian Adults

5 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

6 Zimet

مقیاس‌ها را ۰/۲۴ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. روایی همگرایی پرسشنامه با افسردگی ۰/۲۴- و اضطراب ۰/۱۸- گزارش شده است. علاوه بر این در ۲۷۵ دانشجوی دانشگاه دوک در ایالات متحده، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت دیگران، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آوردند؛ همچنین پایایی به روش بازآزمایی (۲ الی ۳ ماه) برای خرده مقیاس‌های حمایت دیگران، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در نمونه ایرانی رشیدیان و همکاران (۱۳۹۶) روایی همگرایی پرسشنامه را با اعتیاد اینترنت بین ۰/۷۲- تا ۰/۷۷- به دست آوردند؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است (رشیدیان و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ بود.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر ۴۹/۶۹±۸/۵۵ گزارش شد. حداقل سن شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۵ و حداکثر سن ۶۵ گزارش شد. همچنین میانگین گزارش شده برای مدت ابتلا ۹/۶۹±۲/۸۹ بود. همچنین سطح تحصیلات به ترتیب ۲۳/۳ درصد (دیپلم)، ۴۰/۳ درصد (کارشناسی) و ۳۶/۴ درصد (کارشناسی ارشد) بود. از سوی دیگر ۳۹/۸ درصد را زنان مجرد و ۶۰/۲ درصد را نیز زنان متأهل تشکیل دادند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرها و ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱	۱. کاربرد اطلاعات سلامت
			۱	۰/۵۵**	۲. مقیاس دوستان
		۱	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۳. مقیاس خانواده
	۱	۰/۰۹	۰/۳۱**	۰/۳۷**	۴. مقیاس دیگران
۱	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۴۰**	۰/۵۲**	۵. خودکارآمدی
۳۳/۰۱	۱۷/۱	۱۵/۴	۱۹/۷	۳۵/۳	میانگین
۶/۰۶	۳/۳۵	۲/۹۶	۳/۵۱	۸/۱۱	انحراف استاندارد
-۰/۵۴	-۰/۳۱	۰/۰۴	۰/۴۴	۰/۲	چولگی
-۱/۱۴	-۰/۸۲	-۰/۰۱	-۰/۳۵	-۰/۶۸	کشیدگی

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که بین کاربرد اطلاعات سلامت، مقیاس دوستان، مقیاس خانواده، مقیاس دیگران با خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0.01$)؛ نتایج آزمون کالموگراف - اسمیرنوف برای کاربرد اطلاعات سلامت ($p < 0.01$)، مقیاس دوستان ($p < 0.01$)، مقیاس خانواده ($p < 0.01$)، مقیاس دیگران ($p < 0.01$) و خودکارآمدی ($p < 0.01$) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ گزارش شد ($p > 0.05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. لذا استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش بلامانع است. همچنین آماره دوربین واتسون نیز ۱/۷۶ گزارش شد که چون مقدار آن بین ۱/۵ تا ۲/۵ است؛ تأیید می‌شود.

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون چندگانه

R ² Adjusted	R	متغیر پیش‌بین
		کاربرد اطلاعات سلامت
		مقیاس دوستان
۰/۲۳۶	۰/۵۲۴	مقیاس خانواده
		مقیاس دیگران
		خودکارآمدی

جدول (۲) نشان می‌دهد در تحلیل رگرسیون، کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی دارای همبستگی چندگانه هستند که مقدار ضریب همبستگی برای خودکارآمدی برابر با ۰/۵۲۴ است. با توجه به مقدار مجذور ضریب همبستگی در خودکارآمدی (۰/۲۳۶) حدود ۲۳/۶ درصد از واریانس خودکارآمدی توسط کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ویژگی‌های شخصیتی و انگیزش در پیش‌بینی تبعیت از درمان

متغیرهای ملاک	متغیر پیش‌بین	B	Beta	t	P
خودکارآمدی	کاربرد اطلاعات سلامت	۰/۴۵۶	۰/۲۵۴	۴/۱۸	۰/۰۰۱
	مقیاس دوستان	۰/۲۸۷	۰/۱۲۱	۲/۱۶	۰/۰۰۱
	مقیاس خانواده	۰/۳۴۷	۰/۱۳۶	۳/۳۹	۰/۰۰۱
	مقیاس دیگران	۰/۳۹۷	۰/۱۴۷	۳/۹۸	۰/۰۰۱
		۶۰/۷		۱۰/۳	۰/۰۰۱

طبق جدول (۳) نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش هم‌زمان نشان داده است که کاربرد اطلاعات سلامت ($\beta=0/254$ ، $p<0/05$)، مقیاس دوستان ($\beta=0/121$ ، $p<0/05$)، مقیاس خانواده ($\beta=0/136$ ، $p<0/05$)، مقیاس دیگران ($\beta=0/147$ ، $p<0/05$)، توان پیش‌بینی خودکارآمدی را دارد. معادله رگرسیون برای پیش‌بینی تبعیت از درمان به شرح زیر است.

$$Y = 60/7 + 0/254(X_1) + 0/121(X_2) + 0/136(X_3) + 0/147(X_4) \quad (\text{تبعیت از درمان})$$

X_1 = کاربرد اطلاعات سلامت

X_2 = مقیاس دوستان

X_3 = مقیاس خانواده

X_4 = مقیاس دیگران

طبق معادله رگرسیون، به ازای هر واحد که بر حوزه کاربرد اطلاعات سلامت، مقیاس دوستان، خانواده و دیگران افزوده می‌شود؛ به ترتیب به میزان ۰/۲۵۴، ۰/۱۲۱، ۰/۱۳۶ و ۰/۱۴۷ بر خودکارآمدی زنان مبتلا به پرفشاری خون افزوده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکارآمدی بر اساس کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که خودکارآمدی بر اساس کاربرد اطلاعات سلامت در زنان مبتلا به پرفشاری خون قابل پیش‌بینی است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون باربرو و همکاران (۲۰۲۵)، سان و همکاران (۲۰۲۵)، ریکماساری و همکاران (۲۰۲۴) و کیم و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. برای تبیین این یافته، می‌توان از منظر نظریه‌های روان‌شناسی سلامت و مدل‌های رفتاری اجتماعی، به‌ویژه نظریه شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) و مدل کاربرد اطلاعات سلامت عملکردی بهره گرفت. از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی یعنی باور فرد به توانایی خود در سازمان‌دهی و اجرای رفتارهایی که به نتایج مطلوب منجر می‌شوند. بذر این باور، از طریق چهار منبع اصلی شکل می‌گیرد: تجربه موفقیت، الگوگیری از دیگران، ترغیب اجتماعی، و کاهش اضطراب فیزیولوژیک (اوپوبو و همکاران، ۲۰۲۴). در میان این منابع، «دانش و اطلاعات سلامت» نقش زیربنایی دارد؛ زیرا فرد زمانی می‌تواند رفتاری را به‌درستی انجام دهد که آن را درک کرده باشد. بر این اساس، کاربرد اطلاعات سلامت به منزله‌ی پلی میان دانش و عمل می‌کند؛ یعنی فرد با آموختن راه‌های مراقبت از خود، احساس تسلط بیشتری بر شرایط جسمی خود به دست می‌آورد و همین احساس تسلط است که باور به توانایی را تقویت می‌کند (ریکماساری و همکاران، ۲۰۲۴).

در بیماری‌های مزمنی چون پرفشاری خون، مدیریت روزمره بیماری (مانند پایش فشار خون، رعایت رژیم غذایی کم‌نمک، مصرف منظم دارو، و فعالیت بدنی مستمر) به میزان زیادی به خودکارآمدی ادراک‌شده بیمار وابسته است. اما آنچه موجب تفاوت در سطح خودکارآمدی بیماران می‌شود، نه صرفاً آگاهی عمومی از بیماری بلکه نحوه استفاده کاربردی از این آگاهی است (باربرو و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته پژوهش حاضر دقیقاً بر این نکته تأکید دارد که زنان مبتلا به پرفشاری خون زمانی احساس توانمندی بیشتری دارند که بتوانند اطلاعات دریافتی از پزشک، رسانه‌ها و شبکه‌های بهداشتی را در زندگی واقعی خود پیاده‌سازی کنند.

از سوی دیگر، کاربرد اطلاعات سلامت باعث افزایش ادراک کنترل درونی می‌شود. زمانی که بیمار می‌داند هر اقدام ساده او، مانند تنظیم دقیق رژیم غذایی یا مصرف منظم دارو، نقش مستقیمی در وضعیت فشار خون دارد، احساس تسلط و کنترل بر بیماری جایگزین درماندگی می‌شود. این حس کنترل، جوهره خودکارآمدی است. در مقابل، کمبود مهارت استفاده از اطلاعات سلامت، نوعی وابستگی منفعل به کادر درمان و اعضای خانواده ایجاد می‌کند که پیامد آن کاهش اعتماد به نفس و ناتوانی در مدیریت مستقل بیماری است (سان و همکاران، ۲۰۲۵). نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که افزایش سطح تعاملی و انتقادی اطلاعات سلامت، موجب ارتقای خودکارآمدی می‌شود. زیرا در این سطوح، فرد تنها دریافت‌کننده منفعل اطلاعات نیست بلکه از آن برای تصمیم‌گیری و تغییر رفتار بهره می‌گیرد (کیم و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین، از دیدگاه اجتماعی-شناختی، اطلاعات به‌کاررفته، نقش منبع تقویت‌کننده تجربیات موفق را دارد. هنگامی که زنی با تکیه بر اطلاع از عادات غذایی مناسب، شاهد بهبود عدد فشار خون خود باشد، یک تجربه موفق در ذهن او تثبیت می‌شود که به‌مرور، باور به توانایی را تقویت می‌کند (آکینز و همکاران، ۲۰۲۵). در بعد عاطفی نیز، استفاده مؤثر از اطلاعات سلامت باعث کاهش اضطراب بیمار می‌شود، زیرا ابهام یکی از عوامل اضطراب‌زا در بیماری‌های مزمن است. زمانی که بیمار بداند دقیقاً چگونه باید رفتار کند، حس اطمینان و آرامش در او جایگزین ترس می‌شود. این آرامش روانی، عاملی حمایتی برای انگیزش درونی فرد در تداوم رفتار خودمراقبتی است (فراز و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر جنبه‌های فردی، کاربرد اطلاعات سلامت بعد اجتماعی خودکارآمدی را نیز تقویت می‌کند. زنی که با استفاده از اطلاعات معتبر، توانسته‌اند نقش فعال‌تری در گفتگو با پزشک، پرستار یا اعضای خانواده ایفا کنند، احساس مؤثرتری در روابط خود دارند و از این طریق، حمایت اجتماعی و انگیزش بیرونی بیشتری دریافت می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۵). بدین ترتیب، کاربرد اطلاعات سلامت نه تنها خودکارآمدی را مستقیماً تقویت می‌کند بلکه از مسیر افزایش تعامل و تبادل مؤثر با محیط نیز بر آن می‌افزاید.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان دادند که خودکارآمدی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به پرفشاری خون نیز قابل پیش‌بینی است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون وانگ و همکاران (۲۰۲۵)، ما و همکاران (۲۰۲۴)، لو و همکاران (۲۰۲۴) و لیو و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. در آغاز باید توجه داشت که پرفشاری خون نوعی بیماری مزمن خاموش است که کنترل آن مستلزم تداوم رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری بلندمدت با تغییرات سبک زندگی است. چنین تلاشی بدون وجود باور به توانایی شخصی، به‌ویژه در زنان که اغلب وظایف خانوادگی، شغلی و مراقبتی متعددی بر دوش دارند، دشوار می‌شود (لو و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از مهم‌ترین منابع شکل‌دهنده این باور، احساس حمایت اجتماعی است؛ زیرا انسان موجودی اجتماعی است و احساس اتصال و پذیرش از سوی دیگران به او قدرت روانی برای مقابله با استرس و چالش‌های بیماری می‌بخشد. هنگامی که بیمار بداند در مسیر کنترل بیماری تنها نیست، اضطراب سلامت او کاهش یافته، احساس کنترل درونی افزایش می‌یابد و به همان نسبت خودکارآمدی او در رفتارهای مراقبتی تقویت می‌شود (هانی و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر زیستی-اجتماعی نیز، حمایت اجتماعی یکی از شناخته‌شده‌ترین محافظ‌های استرس در نظریه سلامت عمومی است. در شرایطی که استرس، اضطراب یا ناامیدی ناشی از بیماری خللی در ادراک کارآمدی فرد وارد می‌کند، حمایت اجتماعی همچون سپری میان فرد و فشارهای بیرونی عمل می‌کند (باسول و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند افرادی که از حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتری برخوردارند، میزان ترشح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول در بدن‌شان پایین‌تر است، ضربان قلب‌شان سریع‌تر به سطح طبیعی بازمی‌گردد و واکنش‌های فیزیولوژیک به فشار روانی در آنان آرام‌تر است. همه این واکنش‌ها موجب احساس آرامش، تمرکز و به تبع آن، باور به توانایی در کنترل شرایط جسمی می‌شود (منگا و همکاران، ۲۰۲۵).

در زمینه پرفشاری خون، زنان معمولاً با مجموعه‌ای از استرسورهای چندبعدی روبه‌رو هستند: فشار نقش‌های خانوادگی، ترس از عوارض بیماری، نگرانی نسبت به آینده خود و خانواده، و گاه محدودیت‌های مالی در تهیه دارو یا مراجعه منظم به پزشک. این فشارها می‌توانند احساس ناتوانی را تقویت کنند مگر آن‌که بیمار از حمایت عاطفی و ساختاری کافی برخوردار باشد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). حمایت همسر در یادآوری داروساعت، همراهی در ورزش یا رژیم غذایی، یا صرفاً گوش دادن به دغدغه‌های درمانی زن، موجب کاهش بار روانی می‌شود و به زن احساس می‌دهد که بر بیماری خود تسلط دارد (ما و همکاران، ۲۰۲۴). از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌گرا، حمایت اجتماعی نوعی منبع سرمایه روانی است که شامل امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی است (لو و همکاران، ۲۰۲۴).

حمایت مؤثر، احساس تعلق و ارزشمندی می‌آفریند و احساس «من می‌توانم» را به جای «من تنها هستم» جایگزین می‌کند. این تغییر نگرش، انگیزش درونی را برای رعایت دستورات پزشکی، پرهیز غذایی و انجام فعالیت‌های سالم افزایش می‌دهد. در واقع، حمایت اجتماعی نه تنها رابطه‌ای بیرونی بلکه سازوکاری درونی است که از طریق تقویت معنا و هدف در زندگی، فرد را در مسیر خودمراقبتی و انضباط درمانی پایدارتر می‌کند (باهاتارای و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین می‌توان افزود در جامعه ایرانی پیوندهای خانوادگی و اجتماعی نقش بسیار پررنگی دارند؛ زنان معمولاً شبکه‌های ارتباطی نیرومندی در میان اقوام، همسایگان یا گروه‌های مذهبی دارند. چنین ساختارهایی می‌توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر خودکارآمدی اثر بگذارند.

همراهی دیگران در رعایت اصول سلامت یا حتی گفتگوهای روزمره درباره علائم و درمان، حس تعلق اجتماعی را تقویت و احساس بی‌کسی را کاهش می‌دهد. طبق نظریه «سرمایه اجتماعی»، روابط انسانی سازنده منجر به افزایش اعتماد، تبادل اطلاعات مفید و تسهیل در رفتارهای سالم می‌شوند، که همگی زمینه‌ساز تقویت خودکارآمدی هستند (کیم و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، نبود حمایت اجتماعی یا حتی درک ناکافی از آن، می‌تواند به شکل جدی خودکارآمدی زنان را تضعیف کند. تبعیض‌های جنسیتی، نادیده گرفتن مشکلات سلامتی زنان از سوی خانواده، یا نبود همدلی از جانب اطرافیان موجب می‌شود که زن ناگزیر با فشار روانی به‌تنهایی مقابله کند (پوسپیتا و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش حاضر با تأیید رابطه مثبت حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی، به طور ضمنی بر اهمیت بازسازی شبکه‌های حمایتی و آموزش خانواده‌ها برای ایفای نقش فعال در مراقبت از زنان بیمار تأکید می‌کند.

حمایت اجتماعی همچنین نقش مهمی در تعدیل اثر استرس دارد. حمایت‌های عاطفی باعث کاهش احساس تهدید ناشی از بیماری می‌شود و حمایت‌های ابزاری (مثل کمک در انجام کارهای روزمره یا یادآوری مصرف دارو) بار اجرایی ذهن را پایین می‌آورد. وقتی ذهن از استرس و وظیفه‌های سخت رها شود، تمرکز شناختی بر رفتارهای هدفمند (مانند کنترل رژیم یا اندازه‌گیری فشار خون) بالا می‌رود و در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی پایدارتر می‌شوند (هرمانسون - بوریاییکی و همکاران، ۲۰۲۵). به بیان دیگر، حمایت اجتماعی فرآیندی است که از طریق الگوهای تعامل مثبت، بازخوردهای سازنده و احساس پذیرش، مسیرهای شناختی و هیجانی خودکارآمدی را فعال می‌کند. خودکارآمدی نیز به نوبه خود، رفتارهایی نظیر پیروی دارویی، فعالیت بدنی، کنترل رژیم غذایی و تنظیم هیجان را تقویت می‌کند. بنابراین رابطه بین دو سازه، رابطه‌ای دوسویه و پویا است؛ به گونه‌ای که حمایت اجتماعی موجب افزایش خودکارآمدی می‌شود و خودکارآمدی بالا نیز مهارت فرد در جستجو و استفاده از حمایت‌های اجتماعی را بهبود می‌بخشد (آلکوسر و همکاران، ۲۰۲۵). هم‌چنین از بعد جنسیتی، زنان نسبت به مردان در ادراک و بهره‌گیری از حمایت اجتماعی حساس‌ترند. تحقیقات نشان داده‌اند زنان در مقایسه با مردان تمایل بیشتری به استفاده از منابع عاطفی و میان‌فردی دارند (لیو و همکاران، ۲۰۲۴).

نتایج این پژوهش نشان داد که کاربرد اطلاعات سلامت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش تعیین‌کننده و معناداری در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان مبتلا به پرفشاری خون دارند. به‌طور مشخص، زنانی که توانایی بیشتری در درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت خود داشتند، سطح بالاتری از خودکارآمدی را در مدیریت بیماری، پیروی از توصیه‌های درمانی و کنترل رفتارهای سلامت‌محور گزارش کردند. این یافته بیانگر آن است که صرف دسترسی به اطلاعات سلامت کافی نیست، بلکه توان تبدیل این اطلاعات به تصمیم و عمل مؤثر، عاملی کلیدی در تقویت احساس توانمندی فردی محسوب می‌شود. از سوی دیگر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به‌ویژه حمایت عاطفی و ابزاری از سوی خانواده، دوستان و نظام مراقبت سلامت، به‌طور مستقیم با افزایش خودکارآمدی مرتبط بود. ادراک دریافت حمایت احساس امنیت روانی، کاهش استرس ناشی از بیماری مزمن و افزایش انگیزه برای مراقبت از خود را در زنان مبتلا به پرفشاری خون تقویت می‌کند و در نتیجه باور آن‌ها به توانایی کنترل شرایط بیماری را افزایش می‌دهد. در مجموع، یافته‌ها حاکی از آن است که خودکارآمدی زنان مبتلا به پرفشاری خون پدیده‌ای چندبعدی است که تحت تأثیر هم‌زمان عوامل شناختی و اجتماعی شکل می‌گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نوع روش پژوهش اشاره کرد که به تبع از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارند. همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس‌های خود گزارشی استفاده شده است. با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت هدفمند انجام پذیرفت، در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم را داشت. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به عدم کنترل دقیق شدت و مدت ابتلا به فشار خون و کنترل‌نشدن متغیرهای زمینه‌ای مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی اشاره کرد. همچنین اطلاعات مربوط به ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی و مصرف داروهای روان‌پزشکی صرفاً بر اساس خوداظهاری بیماران جمع‌آوری شد که می‌تواند بر دقت داده‌ها اثر بگذارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی به‌منظور بررسی روابط علی بین متغیرها استفاده شود. همچنین به‌کارگیری

روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند. توصیه می‌شود اطلاعات پزشکی از طریق پرونده‌های بالینی و نظر متخصصان جمع‌آوری شود تا دقت داده‌ها افزایش یابد. در نهایت، کنترل متغیرهای زمینه‌ای مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و شدت بیماری می‌تواند به تبیین دقیق‌تر نتایج منجر شود.

منابع

- رشیدیان، ص؛ رشیدی، ن؛ قنبری، ن. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت در دانش‌آموزان بر مبنای حمایت اجتماعی و تنیدگی ناشی از انتظارات تحصیلی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴ (۳)، ۱۸۶-۱۷۶. <http://childmentalhealth.ir/article-1-211-fa.html>
- فلاح، ک؛ حسنی، ک؛ عبدی، ع. (۱۴۰۴). نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین سلامت سازمانی و نگرش شغلی معلمان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۸)، ۲۰۱-۲۱۰. <http://frooyesh.ir/article-1-6058-fa.html>
- قنبری تولکی، ع؛ زکی زاده آبکنار، م؛ مدانلو، ص؛ یعقوبی، ط؛ ایلالی، ا؛ موسوی نسب، س.ن. (۱۴۰۲). بررسی رابطه سواد سلامت با سبک زندگی در سالمندان مبتلا به پر فشاری خون. *سالمندشناسی*، ۸ (۲)، ۶۶-۵۶. <http://joge.ir/article-1-640-fa.html>
- Adekola, D. O., Adekola, S. A., & Aderibigbe, S. A. (2026). Hypertension Prevalence and Associated Risk Factors Among Women Traders In Olorunda Local Government Area, Osun State, Nigeria: a Cross-sectional Study. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 5(1), 1-1. <https://doi.org/10.5455/JPHCM.20250814024852>
- Akins, J. D., Washio, T., & Fu, Q. (2025). Autonomic control of blood pressure in women: The roles of hypertension and aging. *Autonomic Neuroscience*, 103274. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2025.103274>
- Alcocer, L., Schiffrin, E. L., Fink, G., Gironacci, M. M., Irigoyen, M. C., Palei, A. C., ... & Ferrario, C. M. (2025). Racial and Gender Discrimination When Tailoring Medical Management to Hypertension Treatment in Latin America: As a Key Player in the field, the Inter-American Society of Hypertension advocates equitable healthcare approaches in Latin America. *American Journal of Hypertension*, hpaf050. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpaf050>
- Barreiro, R. G., & Lopes, M. V. D. O. (2025). Clinical Validation of the Nursing Diagnosis 'Inadequate Health Self-Efficacy' in People With Hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 34(6), 2236-2247. <https://doi.org/10.1111/jocn.17418>
- Başol, Y., & Özer, Z. (2025). Investigation of depression levels, self-efficacy, and self-care ability in hypertensive patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(39), 40-48. <https://doi.org/10.5543/khd.2024.91885>
- Bhattarai, S., Wagle, D., Shrestha, A., Åsvold, B. O., Skovlund, E., & Sen, A. (2024). Role of Perceived Social Support in Adherence to Antihypertensives and Controlled Hypertension: Findings of a Community Survey from Urban Nepal. *Patient preference and adherence*, 767-777. <https://doi.org/10.2147/PPA.S455511>
- Fraz, M. A., Kim, B. M., Chen, J. J., Lum, F., Chen, J., Liu, G. T., ... & Ramachandran, R. (2025). Nationwide prevalence and geographic variation of idiopathic intracranial hypertension among women in the United States. *Ophthalmology*, 132(4), 476-483. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2024.10.031>
- Hani, S. B., Abu Sabra, M. A., Alhalabi, M. N., Alomari, A. E., & Abu Aqoulah, E. A. (2024). Exploring the level of self-care behavior, motivation, and self-efficacy among individuals with hypertension: a cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241257823. <https://doi.org/10.1177/23779608241257823>
- Hermansson-Borrebaeck, R., Fors, A., Bengtsson, U., Kjellgren, K., Calling, S., & Midlöv, P. (2025). Self-Efficacy in Hypertension Management Using e-Health Technology: A Randomized Controlled Trial in Primary Care. *The Journal of Clinical Hypertension*, 27(1), e14981. <https://doi.org/10.1111/jch.14981>
- Hess Engström, A., Flink, M., Lindblom, S., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2024). Association between general self-efficacy and health literacy among stroke survivors 1-year post-discharge: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14(1), 7308. <https://www.nature.com/articles/s41598-024-57738-z>
- Kim, H., Han, A., Lee, H., Choi, J., Lee, H., & Cho, M. K. (2024, September). Impact of Mobile Health Literacy, Stroke-Related Health Knowledge, Health Beliefs, and Self-Efficacy on the Self-Care Behavior of Patients with Stroke. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 19, p. 1913).
- Liu, Y., Jiang, F., Zhang, M., Niu, H., Cao, J., Du, S., ... & Wu, H. (2024). Health literacy and self-management among middle-aged and young hypertensive patients: a parallel mediation effect of illness perception and self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 15, 1349451. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1349451/full>
- Luo, Z. N., Li, K., Chen, A. Q., Qiu, Y. C., Yang, X. X., Lin, Z. W., ... & Chen, J. Y. (2024). The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. *BMC Public Health*, 24(1), 3398. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-20906-x>
- Ma, G., Zhou, C., Han, Z., Mu, T., & Ma, X. (2024). Social support and physical literacy in young and middle-aged patients with hypertension: the mediating effects of sense of coherence and self-efficacy. *BMC psychiatry*, 24(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05935-5>
- Mega, J. Y. (2024). Empowering Health: Unveiling the Impact of Self-Efficacy and Lifestyle on Hypertension Management. *Journal of Current Health Sciences*, 4(1), 9-16. <https://ukinstitute.org/journals/2/jchs/article/view/60>

- Mega, J. Y. (2024). Empowering Health: Unveiling the Impact of Self-Efficacy and Lifestyle on Hypertension Management. *Journal of Current Health Sciences*, 4(1), 9-16. <https://ukinstitute.org/journals/2/jchs/article/view/60>
- Menga, M. K., & Djaha, Y. T. L. (2025). Self-efficacy with medication adherence in the elderly with hypertension. *Journal Interdisciplinary Health*, 1(1), 1-7. <https://jurnal.edi.or.id/index.php/jih/article/view/100>
- Osipova, I. V., Treshutina, Y. V., Zaltsman, A. G., & Antropova, O. N. (2026). Stress resistance and psychological status features in working7age men with arterial hypertension. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 5(8), 5-10. https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/1523?locale=en_US
- Pratiwi, G. D., Putri, P., Lucy, V., & Herdiman, H. (2025). Self-Perceived Burden, Social Support, and Quality of Life Among Elderly with Hypertension. *Proceeding STIKep PPNI Jawa Barat*, 1(1), 84-92. <https://proceedings.stikep-ppnijabar.ac.id/psi/article/view/8>
- Puspita, T., Kosasih, C. E., Juniarti, N., & Sofiatin, Y. (2025). Relationship Between Education Level, Disease Duration, Self-Efficacy, and Knowledge In Managing Hypertension: A Cross-Sectional Study. *Proceeding STIKep PPNI Jawa Barat*, 1(1), 386-395. <https://proceedings.stikep-ppnijabar.ac.id/psi/article/view/35>
- Rikmasari, Y., Kristina, S. A., Andayani, T. M., & Endarti, D. (2024). Self-efficacy, self-management and their impact on hypertensive patients' outcomes: A study from primary health centers in Indonesia. *Indonesian Journal of Pharmacy*. <https://journal.ugm.ac.id/v3/IJP/article/view/5359>
- Roy, A., & Thakur, D. (2025). Nurse-led interventions in hypertension: Enhancing adherence and self-efficacy. In *Smart Computing and Communication for Sustainable Convergence* (pp. 416-423). CRC Press. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9781003637530-61>
- Son, H., & Han, Y. (2025). The Effect of Digital Health Literacy, Self-Efficacy on Self-Care Behaviors among Community-Dwelling Elderly: Focusing on Gyeongsangbuk-do. *Research in Community and Public Health Nursing*, 36(1), 59-72. <https://doi.org/10.12799/rcphn.2024.00801>
- Upoyo, A. S., Sari, Y., Taufik, A., Anam, A., & Kuswati, A. (2024). The effect of online group education on promoting knowledge, motivation, self-efficacy, self-care behaviors and preventing uncontrolled blood pressure in hypertensive patients: a quasi-experiment study. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241299288. <https://doi.org/10.1177/23779608241299288>
- Wang, R., Bi, M., Jia, W., Ma, J., & Yao, L. (2025). Parallel mediating roles of social support and self-efficacy in the relationship between frailty and depression in elderly patients after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 34(9), 3684-3692. <https://doi.org/10.1111/jocn.17525>
- Zhong, H., Qiu, Y., Zhu, X., Li, J., Liu, M., & Zou, Z. (2025). Correlation between different types of obesity and hypertension in perimenopausal working women. *Journal of Human Hypertension*, 1-5. <https://doi.org/10.1038/s41371-025-01010-y>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2