

بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

زهرا طاهری خرامه^۱، سید محمد مهدی هزاوه‌ای^{۲*}، طاهره رضائی^۳، اعظم السادات واحدی^۴، مریم خوشرو^۴، فاطمه شریفی فرد^۱

^۱ کارشناس ارشد، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

^۲ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

^۴ بیمارستان کامکار، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

* نویسنده مسئول: سید محمد مهدی هزاوه‌ای، دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل:

hazavehei@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/jech-03022

چکیده

سابقه و هدف: ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد و می‌تواند تبعیت از درمان بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۳۵ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر قم در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه فرم کوتاه ادراک بیماری و مقیاس تبعیت به درمان‌های فشار خون بالا بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره در محیط نرم افزار آماری SPSS-۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران $11/21 \pm 60/40$ بود و ۵۷ درصد از آنان را زنان تشکیل می‌دادند. ۳۵ درصد بیماران تبعیت از درمان بالاتر از میانگین داشتند. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری به ترتیب با ضریب بتای ۲۵ درصد و ۲۲ درصد مهمترین پیش بینی کننده‌های تبعیت از رژیم درمانی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، تقویت ادراک بیماری به خصوص دو جزء قابلیت درک و فهم بیماری و کنترل شخصی به منظور افزایش تبعیت از درمان بیماران، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۰

واژگان کلیدی:

تبعیت از رژیم درمانی

درک از بیماری

فشار خون بالا

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی در جهان به گونه‌ای شیوع یافته که مرز ناشناس است. در این میان یکی از مهمترین عوامل ازدیاد بیماری‌های قلبی-عروقی، شیوع بیماری پرفشاری خون می‌باشد که به عنوان یک مشکل مهم بهداشت عمومی و خطر اصلی مرگ در سراسر دنیا شناخته شده است [۱]. بیماری پرفشاری خون و عوارض آن (سکته مغزی، حمله قلبی، بیماری ایسکمیک قلب، اختلال کار کلیه و نارسایی قلبی)، اثر قابل توجهی بر روی بیمار، بستگان و جامعه گذاشته و می‌تواند منجر به مرگ زودرس

یا ناتوانی دائمی شود [۲]. در کشور آمریکا علت ۴۷/۵ میلیارد دلار ضرر را در هزینه‌های مستقیم پزشکی متوجه اقتصاد این کشور نموده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، ۲۷ میلیون نفر از بیماری پرفشاری خون رنج خواهند برد و یک افزایش ۹/۹ درصدی شیوع فشارخون از سال ۲۰۱۰ برآورد شده است [۳]. شواهد موجود حاکی از آن است که تعداد زیادی از مبتلایان به پرفشاری خون در ایران از بیماری خود اطلاع نداشته و موارد شناخته شده و تحت درمان نیز کنترل کافی و مناسبی بر بیماری خود

درمان در ارتباط است [۱۱]. شناخت درک از بیماری ارزش پیش بینی کننده‌ای در ارتقاء رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارد. با توجه به آن که درک از بیماری در شرایط متفاوت فرهنگی و اجتماعی می‌تواند متفاوت باشد و تاکنون درک از بیماری بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران و تأثیر آن بر تبعیت از رژیم درمانی مورد بررسی قرار نگرفته است، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین ادراک از بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر قم انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز آموزشی-درمانی کامکار و شهید بهشتی قم بودند. دو بیمارستان ذکر شده از مراکز قلب شهر قم هستند. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه پایلوت و با در نظر گرفتن $t = 0/34$ ، $n = 126$ نمونه و با احتساب میزان ریزش ۱۳۵ نفر برآورد گردید. بیماران دارای سن بیش از ۱۸ سال به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه، تشخیص بیماری پرفشاری خون توسط متخصص قلب، حداقل شش ماه سابقه بیماری پرفشاری خون، عدم وجود مشکلات شناختی، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم و ارائه آن به مسئولین مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز برای اجرای مطالعه اخذ گردید. دو نفر از پژوهشگران جهت جمع آوری داده‌ها، هر روز به بخش و درمانگاه مزبور مراجعه نموده و پس از بیان هدف از انجام مطالعه به بیمار و پس از اخذ رضایت و اعلام آمادگی واحدهای مورد بررسی برای پاسخگویی، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت. اگر بیمار به علت بی‌سوادی قادر به تکمیل پرسشنامه نبود سؤالات توسط پژوهشگر برای وی خوانده می‌شد تا پاسخ دهد. همچنین اطلاعات پزشکی از پرونده بیماران استخراج گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، تعداد دفعات بستری، مدت زمان تشخیص بیماری و سابقه خانوادگی

ندارند و این بیماری مهمترین عامل خطر ساز و باعث مرگ دو هزار و ۳۵ نفر در ازای هر یک میلیون نفر جمعیت در ایران است [۴]. این بیماری به سبب شیوع زیاد آن اهمیت زیادی دارد، اما نکته‌ای که اهمیت آن را مضاعف می‌کند این است که درصد زیادی از بیماران مبتلا به فشار خون، بیماری خود را کنترل نمی‌کنند. یکی از عوامل مهم که نقش برجسته‌ای در کنترل بیماری ایفا می‌کند تبعیت بیمار از رژیم درمانی است. تبعیت از رژیم درمانی، طیفی از رفتارهای یک فرد می‌باشد که مطابق با توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین بهداشتی-درمانی در زمینه پیروی از رژیم درمانی تجویز شده می‌باشد. تبعیت از رژیم درمانی در بیماری پرفشاری خون بر مواردی چون رژیم دارویی و غذایی، محدودیت سدیم و مایعات و تغییرات در شیوه زندگی دلالت دارد [۵].

از آنجایی که تبعیت از برنامه‌های درمانی و داروهای تجویز شده یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است، در صورت عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده، در نتیجه نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهند داشت. همچنین عدم تبعیت از رژیم دارویی و غیردارویی با عوارض پرفشاری خون، مانند سکته مغزی، مرتبط است [۶]. در این میان یکی از مهمترین عوامل، نقش ادراک بیماری است. منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد [۷]. بر اساس نظریه لونتال، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراک خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند. بندورا در این زمینه می‌نویسد درک از بیماری یک چارچوب مهم را جهت بررسی عقاید بیماران و نحوه تأثیر اجزای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌نماید [۸]. درک از بیماری ۷ حیطه هویت (درک علایم بیماری)، سیر بیماری (مزمّن یا حاد بودن)، پیامد بیماری، کنترل فردی، کنترل درمانی، کنار آمدن با بیماری، دوره‌ای بودن بیماری و تظاهرات عاطفی بیماری را در بر می‌گیرد [۹]. مطالعات مختلف از رابطه بین ادراک بیماری و تبعیت از درمان حمایت کرده‌اند [۱۳-۱۰]. مطالعه Nayak و Rajpura نشان داد درک از بیماری و عقاید مثبت درباره درمان در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با تبعیت از درمان بالا همراه است [۱۰]. مطالعه Chen و همکاران نیز نشان داد ادراک بیماری با تبعیت از

از آزمون‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار سن بیماران $11/21 \pm 60/40$ بود و ۵۷ درصد از ایشان را زنان تشکیل می‌دادند. ۹۵ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه ساکن شهر و ۶۶/۷ درصد متأهل بودند. ۴۵/۹ درصد بیماران بی‌سواد و ۳۰/۳ درصد کم سواد بودند. ۵۴/۱ درصد خانه‌دار و ۱۹/۳ درصد دارای شغل آزاد، ۸/۹ درصد کارمند و مابقی بیکار یا بازنشسته بودند. میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری $8/80 \pm 8/98$ سال و تعداد دفعات بستری $6/16 \pm 5/67$ بار بود. مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

میانگین نمرات ادراک از بیماری در افراد مورد بررسی بر اساس پرسشنامه ادراک از بیماری $1/32 \pm 6/76$ بود. کمترین نمره میانگین مربوط به بعد کنترل شخصی با میانگین و انحراف معیار $3/46 \pm 4/47$ و بیشترین نمره میانگین مربوط به بعد کنترل از طریق درمان با میانگین و انحراف معیار $7/55 \pm 2/80$ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات تبعیت از درمان برابر با $4/64 \pm 19/55$ با دامنه تغییرات ۵۶-۱۴ بود. یافته‌های توصیفی مربوط به هر یک از خرده مقیاس‌های ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در جدول ۲ آمده است از میان مؤلفه‌های جمعیت شناختی و مشخصه‌های بیماری، تنها طول مدت بیماری ارتباط معنی داری با میزان تبعیت از درمان داشت ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره، ضریب همبستگی رگرسیون ابعاد مختلف ادراک بیماری با تبعیت از رژیم درمانی در بیماران برابر $0/45$ و نسبت F برابر $4/57$ که در سطح $0/001$ معنی‌دار بود. از مجموعه متغیرهای وارد شده با ($P < 0/15$) در مدل رگرسیون تک متغیره، متغیرهای کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری تأثیر معنی‌داری بر تبعیت از رژیم درمانی داشتند. کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری به ترتیب با بتای ۲۵ و ۲۲ درصد بیشترین تأثیر معنی‌دار را بر میزان تبعیت از رژیم درمانی داشتند (جدول ۳).

فشارخون که بر اساس اظهارات و پرونده بیمار تکمیل می‌شد. در بخش دوم برای بررسی ادراک از بیماری از فرم کوتاه شده پرسش نامه ادراک از بیماری استفاده شد. این پرسش نامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط Broadbent و همکاران و بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسش نامه طراحی شده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل از طریق درمان و شناخت علایم است. دو خرده مقیاس نگرانی در مورد بیماری و عواطف و واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهند. یک خرده مقیاس قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. در گزارش سازندگان آن روایی سازه، ملاکی و گروه‌های خاص خوبی را از خود نشان داده است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه $0/8$ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از $0/42$ تا $0/75$ گزارش شده است [۹]. فرم فارسی پرسش نامه ادراک بیماری توسط بزازیان با روایی و پایایی مناسب بومی سازی شده است [۱۴]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ $0/59$ در حد قابل قبولی بود. در بخش سوم، تبعیت از رژیم درمانی با استفاده از مقیاس تبعیت به درمان‌های فشارخون بالا بررسی شد. این پرسشنامه توسط Hill-Bone و همکاران در سال ۱۹۹۹ ساخته شده است و تبعیت از درمان‌های فشارخون بالا افراد را مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل ۱۲ سؤال با ۳ زیر مقیاس کاهش مصرف نمک، تبعیت از نوبت پزشک و مصرف دارو است. نحوه نمره دهی هر سؤال بر اساس رتبه بندی لیکرت ۴ درجه‌ای از همیشه تا هرگز می‌باشد. دامنه ممکن برای نمره کل ابزار، ۱۲ تا ۴۸ بوده و نمرات کمتر نشان‌دهنده پایبندی بیشتر است [۱۵]. روایی و پایایی پرسشنامه توسط دهقان نیری و همکاران با ضریب بازآزمایی $0/97$ مورد تأیید قرار گرفته است [۱۶]. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ $0/80$ به دست آمد. داده‌های این مطالعه توسط ویرایش ۱۶ نرم افزار SPSS و با استفاده

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران مورد مطالعه

مشخصات	تعداد (درصد)	تبعیت از درمان میانگین (± انحراف معیار)	سطح معنی داری
جنسیت			۰/۰۶۲
زن	۵۸ (۴۳)	۱۹/۷ (± ۴/۲)	
مرد	۷۷ (۵۷)	۱۸/۱ (± ۵/۱)	
وضعیت تأهل			۰/۱۵۵
مجرد	۴ (۳)	۲۲/۵ (± ۵/۱)	
متأهل	۹۰ (۶۶/۷)	۱۹/۱ (± ۴/۴)	
همسر فوت شده	۳۵ (۲۵/۹)	۱۸/۹ (± ۲/۷)	
جدا شده	۶ (۴/۴)	۱۶/۱ (± ۵/۵)	
تحصیلات			۰/۱۴۳
بیسواد	۶۴ (۴۵/۹)	۱۸/۷ (± ۵/۵)	
ابتدایی	۳۵ (۲۵/۹)	۱۸/۸ (± ۳/۳)	
سیکل	۶ (۴/۴)	۲۰/۱ (± ۴/۱)	
متوسطه	۲۰ (۱۴/۹)	۱۹/۲ (± ۳/۸)	
دانشگاهی	۱۲ (۸/۹)	۱۹/۶ (± ۶/۲)	
وضعیت اشتغال			۰/۰۵۱
کارمند	۱۲ (۸/۹)	۱۹/۲ (± ۶/۳)	
خانه‌دار	۷۳ (۵۴/۱)	۱۹/۹ (± ۵/۱)	
آزاد	۲۶ (۱۹/۳)	۱۹ (± ۳/۶)	
بیکار	۲۴ (۱۷/۷)	۱۶/۴ (± ۳/۱)	
رژیم غذایی			۰/۰۸۳
معمولی	۷۶ (۵۶/۳)	۱۸/۵ (± ۵/۱)	
کم نمک، کم چربی	۴۱ (۳۰/۴)	۲۰/۱ (± ۴/۴)	
کم نمک	۱۸ (۱۳/۳)	۱۸/۹ (± ۲/۷)	
مصرف سیگار			۰/۳۲۲
بله	۱۷ (۱۲/۶)	۱۹/۴ (± ۴/۵)	
خیر	۹۳ (۶۸/۹)	۱۸/۲ (± ۵/۵)	
ترک کرده	۲۵ (۱۸/۵)	۱۸ (± ۴/۲)	
وضعیت درآمد			۰/۵۹۱
کافی	۴۰ (۲۹/۶)	۱۹/۳ (± ۴/۵)	
ناکافی	۹۵ (۷۰/۴)	۱۸/۱ (± ۵/۵)	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی

خرده مقیاس	میانگین ± انحراف معیار	دامنه تغییرات
ادراک از پیامدها	۷/۳۶ ± ۲/۹۵	۰-۱۰
طول مدت بیماری	۷/۲۵ ± ۲/۸۶	۰-۱۰
کنترل شخصی	۴/۴۷ ± ۳/۴۶	۰-۱۰
کنترل از طریق درمان	۷/۵۵ ± ۲/۸۰	۰-۱۰
شناخت علائم	۷/۱۵ ± ۲/۰۹	۰-۱۰
نگرانی در مورد بیماری	۷/۲۲ ± ۳/۱۴	۰-۱۰
قابلیت درک و فهم بیماری	۶/۷۰ ± ۲/۶۹	۰-۱۰
عواطف و واکنش عاطفی	۶/۴۵ ± ۳/۷۷	۰-۱۰
ادراک بیماری کل	۶/۷۶ ± ۱/۳۲	۰-۱۰
تبعیت از درمان	۱۹/۵۵ ± ۴/۶۴	۱۴-۵۴

جدول ۳: تحلیل رگرسیون مؤلفه‌های ادراک بیماری در تبیین تبعیت از رژیم درمانی

متغیر	بتا	خطای استاندارد	ضریب بتا	آماره T	سطح معنی داری
طول مدت بیماری	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۸۱۸
کنترل شخصی	-۰/۳۴	۰/۱۲	-۰/۲۵	-۲/۸۰	۰/۰۰۶
شناخت علائم	۰/۳۳	۰/۱۷	۰/۱۶	۱/۹۲	۰/۰۷۷
نگرانی در مورد بیماری	-۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۹۸۸
قابلیت درک و فهم بیماری	-۰/۴۴	۰/۱۷	-۰/۲۲	-۲/۵۵	۰/۰۱۱
عواطف و واکنش عاطفی	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۵۲	۰/۵۹۲
مدت زمان بیماری	-۰/۱۷	۰/۰۷	-۰/۱۸	-۲/۰۱	۰/۰۵۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین ادراک بیماری به عنوان یک متغیر روانشناختی مهم و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. پژوهش حاضر بر ابعاد مختلف ادراک بیماری تأکید داشت. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو جزء کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری از ادراک بیماری، قدرت تبیین تبعیت از رژیم درمانی را در مبتلایان به پرفشاری خون داشتند. این بدان معنی است کسانی که درک و فهم بیشتری نسبت به بیماری خود دارند، رژیم درمانی را بیشتر رعایت می‌کنند و احتمالاً کمتر دچار عوارض بیماری خواهند شد. همچنین اشخاصی که باور دارند وضعیت سلامتی‌شان تابع کنترل شخصی آن‌هاست، برای سلامت خود احساس مسئولیت بیشتر و تبعیت از درمان بالاتری دارند. تا آنجا که جستجو شد به نظر می‌رسد این پژوهش اولین مطالعه در ایران است که ارتباط ادراک بیماری با تبعیت از درمان را در بیماران مبتلا به پرفشاری خون را مورد ارزیابی قرار داده است. نتایج این مطالعه، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین درباره رابطه سطح ادراک از بیماری و میزان تبعیت آنها از درمان همخوانی دارد [۶، ۱۰، ۱۱]. Rajpura و Nayak در مطالعه خود ارتباط مثبتی را بین درک از بیماری و عقاید مثبت درباره درمان در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون با تبعیت از درمان بالا گزارش کردند [۱۰]. در مطالعه Chen و همکاران نیز ادراک بیماری با تبعیت از درمان بیشتر در بیماران همراه بود [۱۱]. Ross و همکاران نشان دادند ادراک بیماری و باورها درباره فشارخون بالا پیش‌بینی کننده تبعیت بیماران هستند [۶]. همچنین، نتایج مطالعه Kang و همکاران نشان داد بیماران که وضعیت سلامت درک شده بهتری دارند بیشتر از رژیم درمانی تبعیت دارند [۱۷]. در مطالعه Kretchy و همکاران نتایج حاکی از آن بود که کنترل درونی کمتر با تبعیت از درمان ضعیف در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

ارتباط دارد [۱۸]. نتایج همه مطالعات مذکور با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه Saarti و همکاران نشان داد میانگین نمرات ادراک بیماری در بیمارانی که تبعیت از درمان خوبی داشتند نسبت به آن‌هایی که تبعیت از درمان ضعیف‌تری داشتند، بالاتر بود ولی ارتباط معناداری مشاهده نشد [۱۹]. با توجه به یافته‌های این پژوهش، که توانایی تبیین دو جزء کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری از اجزای ادراک بیماری را مورد تأیید قرار داده است، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات، ادراک بیماری به خصوص دو جزء ذکر شده مورد هدف قرار بگیرند. نمونه‌گیری غیر تصادفی و حجم محدود نمونه‌ها در این مطالعه قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد. لذا انجام مطالعات آتی با حجم نمونه بالاتر می‌تواند در ارتقاء این محدودیت مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که دو جزء کنترل شخصی و قابلیت درک و فهم بیماری از عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌باشند. بنابراین تقویت ادراک بیماری به خصوص دو جزء ذکر شده به منظور افزایش تبعیت از درمان بیماران، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح پژوهشی است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1395.86 تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، پرسنل محترم مراکز آموزشی درمانی کامکار و شهید بهشتی و بیماران شرکت کننده در این پژوهش، ابراز می‌دارند.

REFERENCES

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;**365**(9455):217-23. DOI: [10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1) PMID: [15652604](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15652604/)
2. Yadav G, Chaturvedi S, Grover VL. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in a resettlement colony of Delhi. *Indian Heart J*. 2008;**60**(4):313-7. PMID: [19242008](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19242008/)
3. Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;**123**(8):933-44. DOI: [10.1161/CIR.0b013e31820a55f5](https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820a55f5) PMID: [21262990](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21262990/)
4. Esteghamati A, Etemad K, Koohpayehzadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Khajeh E, et al. Awareness, Treatment and Control of Pre-hypertension and Hypertension among Adults in Iran. *Arch Iran Med*. 2016;**19**(7):456-64. DOI: [0161907/AIM.003](https://doi.org/10.161907/AIM.003) PMID: [27362238](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27362238/)
5. Sotodehasl N, Neshatdost H, Kalantery M, Talebi H, Khosravi A. [Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension]. *Koomesh*. 2010;**11**(4):294-301.
6. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004;**18**(9):607-13. DOI: [10.1038/sj.jhh.1001721](https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721) PMID: [15029218](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15029218/)
7. Abbasi M, Salemi S, Fatemi N, Hosseini F. [Hypertensive patients, their compliance level and its' relation to their health beliefs]. *Iran J Nurs*. 2005;**18**(41):61-8.
8. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, editor. *Medical psychology*. New York: Pergamon Press; 1980. p. 7-30.
9. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;**60**(6):631-7. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020) PMID: [16731240](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16731240/)
10. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm*. 2014;**20**(1):58-65. DOI: [10.18553/jmcp.2014.20.1.58](https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.58) PMID: [24511766](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24511766/)
11. Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *Int J Nurs Stud*. 2011;**48**(2):235-45. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005) PMID: [20678768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20678768/)
12. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci*. 2012;**28**(8):442-7. DOI: [10.1016/j.kjms.2012.02.015](https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015) PMID: [22892166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22892166/)
13. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009;**18**(15):2234-44. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x) PMID: [19583655](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19583655/)
14. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;**5**:962-5. DOI: [10.1016/j.sbspro.2010.07.217](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.217)
15. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000;**15**(3):90-6. PMID: [10951950](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10951950/)
16. Dehghan M, Nayeri N, Iranmanesh S. Validating the Persian Version of the Hill-Bone's Scale of "Compliance to High Blood Pressure Therapy". *Br J Med Med Res*. 2015;**5**(2):235-46. DOI: [10.9734/bjmmr/2015/13061](https://doi.org/10.9734/bjmmr/2015/13061)
17. Kretchy IA, Owusu-Daaku FT, Danquah S. Locus of control and anti-hypertensive medication adherence in Ghana. *Pan Afr Med J*. 2014;**17** Suppl 1:13. DOI: [10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3433](https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3433) PMID: [24624246](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24624246/)
18. Kang CD, Tsang PP, Li WT, Wang HH, Liu KQ, Griffiths SM, et al. Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2015;**182**:250-7. DOI: [10.1016/j.ijcard.2014.12.064](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.12.064) PMID: [25585359](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25585359/)
19. Saarti S, Hajj A, Karam L, Jabbour H, Sarkis A, El Osta N, et al. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. *J Hum Hypertens*. 2016;**30**(5):341-5. DOI: [10.1038/jhh.2015.86](https://doi.org/10.1038/jhh.2015.86) PMID: [26310182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26310182/)

The Assessment of Illness Perception and Adherence to Therapeutic Regimens among Patients with Hypertension

Zahra Taheri-Kharameh (MSc)¹, Seyed Mohammad Mahdi Hazavehei (PhD)^{2,*}, Tahereh Ramezani (BSc)³, Azam Vahedi (BSc)⁴, Maryam Khoshro (BSc)⁴, Fatemeh Sharififard (MSc)¹

¹ Department of Operating Room, School of Paramedical Sciences, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

² Research Center for Health Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Student Research Committee, School of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁴ Kamkar Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

* Corresponding author: Seyed Mohammad Mahdi Hazavehei, PhD, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: hazavehei@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/jech-03022

Received: 19.06.2016

Accepted: 10.09.2016

Keywords:

Adherence to Therapeutic Regimens
Perception
Hypertension

How to Cite this Article:

Taheri-Kharameh Z, Hazavehei MM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The Assessment of Illness Perception and Adherence to Therapeutic Regimens among Patients with Hypertension. *J Educ Community Health*. 2016;3(2):9-15. DOI: 10.21859/jech-03022

Abstract

Background and Objectives: Illness perception is an important predictor for adherence to therapeutic regimens. The aim of this study was to determine the relationship between illness perception and adherence to therapeutic regimens in patients with hypertension.

Materials and Methods: A cross-sectional survey was conducted at two teaching hospitals in Qom, Iran. A convenience sample of 135 patients was performed in this study in 2016. Data was collected using a questionnaire which included three parts: socio-demographic and clinical variables, brief illness perception questionnaire, and Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Descriptive and analytical analyses and linear regression analysis were performed for statistical assessment in SPSS-16.

Results: The mean age of the patients was evaluated 60.4 (SD = 11.21) years and 57% of them were female; 35% of patients showed higher than mean scores in adherence to therapeutic regimens. The results of multiple linear regression analysis showed that personal control and disease understanding were associated with more adherence to therapeutic regimens with $\beta = 0.25$ and 0.22 , respectively.

Conclusions: According to the findings, it is to strengthen patients' illness perceptions, especially personal control and disease understanding, as an important strategy in educational interventions in order to increase adherence to treatment.