

Relationship between Self-care Behaviors and Quality of Life among Hypertensive Patients Visiting Comprehensive Health Centers in Hamadan, Iran

Shayesteh Bayrami (BSc)¹, Yadollah Fathi (MSc)², Samaneh Mohammadinasab (BSc)¹, Majid Barati (PhD)^{3,*}, Younes Mohammadi (PhD)⁴

¹ Student Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Modeling of Non-Communicable Diseases Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding Author:** Majid Barati, Social Determinants of Health Research Center, Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: m_baratimehr@yahoo.com

Abstract

Received: 30/03/2017

Accepted: 30/05/2017

How to Cite this Article:

Bayrami S, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. Relationship between Self-care Behaviors and Quality of Life among Hypertensive Patients Visiting Comprehensive Health Centers in Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1): 20-27. DOI: 10.18869/acadpub.jech.4.1.20

Background and Objective: Non-adherence to self-care behaviors can deteriorate quality of life among hypertension patients. Thus, we sought to examine the association between self-care behaviors and quality of life among patients with hypertension visiting Comprehensive Health Centers in Hamadan, Iran.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study was carried out in 200 hypertensive patients presenting to Comprehensive Health Centers in Hamadan, Iran, 2017. The participants were recruited using multistage sampling method. A demographic form, Self-Care Behaviors Scale, and the Quality of Life (SF-36) questionnaire were used to collect the data. Pearson correlation coefficient, t-test, and One-way analysis of variance were run to analyze the data in SPSS, version 16.

Results: The self-care behavior and quality of life overall scores were respectively 63.5% and 56.6%, indicating that they were at admissible and inadmissible levels, respectively. There was a significant relationship between quality of life and gender, marital status, and body mass index (BMI; $P < 0.05$). Also, there was a positive significant correlation between self-care behavior and three dimensions of quality of life, including physical status, emotional well-being, and bodily pain ($P < 0.05$). Further, there was a positive significant correlation between self-care behavior and total score of quality of life ($P = 0.005$; $r = 0.196$).

Conclusion: Considering the relationship of quality of life with well-being and self-care behaviors, we recommend designing and implementing educational programs for hypertensive patients to increase adherence to self-care behaviors.

Keywords: Hypertension; Quality of Life; Self-care Behaviors

ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان

شایسته بایرامی^۱، یداله فتحی^۲، سمانه محمدی نسب^۱، مجید براتی^{۳*}، یونس محمدی^۴

^۱ کارشناس، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: مجید براتی، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان،

همدان، ایران. ایمیل: m_baratimehr@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: تبعیت نکردن از رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأثیرگذار باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به پرفشاری خون و رابطه آن با کیفیت زندگی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ روی ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان که به‌صورت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند، صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌های رفتارهای خودمراقبتی (ScBS: Self-Care Behaviors Scale) و استاندارد کیفیت زندگی (SF-36: Quality of Life) بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های T مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، رفتارهای خودمراقبتی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی به‌ترتیب با کسب ۶۳/۵ و ۵۶/۶ درصد حداکثر نمره قابل اکتساب در حد نسبتاً مطلوب و نامطلوب تقسیم‌بندی شدند و بین کیفیت زندگی با جنس، وضعیت تأهل و نمایه توده بدنی رابطه معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین بین رفتارهای خودمراقبتی و سه بعد از کیفیت زندگی شامل: عملکرد جسمانی، عملکرد روانی و احساس درد و ناراحتی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). گفتنی است بین نمرات کلی کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی نیز همبستگی مثبت و معناداری مشاهده گردید ($r = 0/196, P = 0/005$).

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و انجام رفتارهای خودمراقبتی، توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی برای بیماران مبتلا به پرفشاری خون به‌منظور افزایش تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی طراحی و اجرا گردد.

واژگان کلیدی: رفتارهای خودمراقبتی؛ فشار خون بالا؛ کیفیت زندگی

مقدمه

پرفشاری خون یک بیماری مزمن است که در آن فشار خون در شریان‌ها بالا می‌رود. در اثر این افزایش فشار، قلب باید برای حفظ گردش خون در رگ‌های خونی شدیدتر از حالت طبیعی فعالیت کند. فشار خون شامل دو مقیاس سیستولی و دیاستولی است که به‌ترتیب وابسته به انقباض و شل شدن ماهیچه‌های قلب بین ضربان‌ها می‌باشد [۱]. این بیماری سومین علت مرگ و میر در جهان شناخته شده و سازمان بهداشت جهانی

پرفشاری خون یک بیماری مزمن است که در آن فشار خون در شریان‌ها بالا می‌رود. در اثر این افزایش فشار، قلب باید برای حفظ گردش خون در رگ‌های خونی شدیدتر از حالت طبیعی فعالیت کند. فشار خون شامل دو مقیاس سیستولی و دیاستولی است که به‌ترتیب وابسته به انقباض و شل شدن ماهیچه‌های قلب بین ضربان‌ها می‌باشد [۱]. این بیماری سومین علت مرگ و میر در جهان شناخته شده و سازمان بهداشت جهانی

خون در ایران و همچنین کمبود مطالعات موجود در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین انجام رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ بین افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان انجام شد. براساس میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مطالعات پیشین [۶] و با در نظر گرفتن $P=0/08$ و $d=0/05$ ، تعداد نمونه مورد نیاز ۱۱۷ نفر برآورد گردید که با توجه به خوشه‌ای بودن روش نمونه‌گیری با اعمال ضریب خوشه $1/7$ در نهایت، حجم نمونه ۲۰۰ مورد تعیین شد. نحوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش، ۱۰ مرکز به‌عنوان خوشه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. در ادامه، با مراجعه به هر مرکز و تهیه لیست بیماران تحت پوشش، ۲۰ نفر از بین بیماران هر مرکز به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. گفتنی است سن بالای ۳۰ سال، داشتن پرونده فعال فشار خون بالا در مراکز و رضایت برای شرکت در مطالعه، از ضوابط ورود به این مطالعه و تکمیل نکردن کامل پرسشنامه و قطع همکاری با تیم مطالعه از ضوابط خروج از این مطالعه بود. درخور ذکر است کلیه بیماران درباره چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه و در صورت تمایل و دریافت رضایتنامه کتبی وارد مطالعه شدند. مطالعه حاضر دارای تأییدیه شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه IR.UMSHA.REC.1396.130 می‌باشد.

در این مطالعه، جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سه قسمتی صورت گرفت. این پرسشنامه به روش مصاحبه با بیماران یا به‌صورت خودگزارش دهی توسط آن‌ها تکمیل گردید و بخش اول آن شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران از قبیل: سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه بیماری دیگر غیر از فشار خون، شغل، سابقه خانوادگی فشار خون، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، میزان فشار خون، قد و وزن بود. بخش دوم نیز شامل ۱۱ سؤال در خصوص رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با بیماری فشارخون با گزینه‌های "خیر"، "بلی، گاهی" و "بلی، همیشه" بود که گزینه "بلی، همیشه" امتیاز ۲، گزینه "بلی گاهی" امتیاز ۱ و گزینه "خیر" امتیاز صفر داشت. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۶ متغیر بود و کسب امتیاز بالاتر وضعیت بهتر فرد در انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون را نشان می‌داد. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در مطالعات مشابه گزارش شده است [۳، ۶].

بخش سوم این پرسشنامه شامل گونه فارسی پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36: Quality of Life) بود. این

ایران ۲۳/۲ درصد برآورد شده است [۵]. در طرح بررسی سلامت و بیماری، میزان پرفشاری خون به‌ترتیب در مردان، زنان و کل جمعیت ۱۵ سال به بالای کشور ۱۱/۱، ۱۱/۹ و ۱۱/۵ درصد گزارش شده بود [۳]. متأسفانه امروزه بیشتر مطالعات به پرس و جو درباره تمکین دارویی محدود شده‌اند و یافته‌ها در مورد فرآیند تصمیم‌گیری در زمینه خودمراقبتی فشارخون توسط بیمار بسیار اندک می‌باشد. بدیهی است کنترل فشار خون به درجه معینی از خودمراقبتی نیاز دارد. فرآیند خودمراقبتی شامل: کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، مصرف نکردن سیگار، انجام ورزش، دوری از فشارهای روحی و روانی، تغذیه سالم و کاهش وزن می‌باشد [۶].

گفتنی است تبعیت از رژیم درمانی، برنامه درمانی و داروهای تجویز شده چالشی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که در صورت پیروی نکردن از برنامه‌های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن همچون: عود و پیشرفت ناتوان کننده این بیماری‌ها می‌شوند و به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان نیاز پیدا خواهند کرد [۷، ۸]. همچنین تبعیت نکردن افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون از رژیم دارویی و غیردارویی (استفاده از داروهای ضد پرفشاری خون، محدودیت‌های غذایی، سدیم و چربی و برنامه ورزشی) با عوارضی مانند سکتته مغزی، آترواسکلروزیس، سکتته قلبی و نارسایی کلیوی مرتبط می‌باشد و در نهایت، باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد [۴، ۹]. درخور ذکر است به‌تازگی یکی از مهم‌ترین اهداف مهم سیستم بهداشتی- درمانی کشور، بهبود کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود [۹].

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی به پندارهای فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر وی گفته می‌شود [۵]؛ بنابراین کیفیت زندگی مفهوم پیچیده‌ای است و می‌توان آن را از سه چشم‌انداز مهم از جمله: کیفیت زندگی کلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری (بیماری محور) مورد بررسی قرار داد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت اشاره می‌کند و تجربیات، باورها، انتظارات و درک فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۹]. براساس مطالعات انجام‌شده، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اغلب پایین‌تر از حد انتظار می‌باشد؛ بنابراین در مطالعات مختلف لزوم تغییر در سبک زندگی این بیماران مورد تأکید قرار گرفته است [۱۰]. شواهد موجود حاکی از آن است که بیماری پرفشاری خون اغلب به‌دلیل عوامل خطری مانند کشیدن سیگار، مصرف بالای نمک، نداشتن تحرک جسمانی، تنش، چاقی و مصرف بالای چربی‌های اشباع‌شده ایجاد می‌شود [۱۱].

با توجه به رشد روزافزون تعداد بیماران مبتلا به پرفشاری

از بیماران فشار خونی شرکت کننده در پژوهش به ترتیب به بیماری‌های دیابت، چربی خون بالا، سابقه سکته قلبی و مغزی، مشکلات کلیوی و سایر بیماری‌ها نیز مبتلا بودند. همچنین ۵۳/۵ درصد از بیماران سابقه خانوادگی این بیماری را در افراد درجه یک خود داشتند. ۷۰/۵ درصد از شرکت کنندگان در این پژوهش، خانه‌دار و ۱۰/۵ درصد نیز بازنشسته بودند. در این مطالعه، ۴۷/۵ درصد از مبتلایان به فشار خون بالا وضعیت اقتصادی خود را متوسط و ۳۷ درصد نیز وضعیت اقتصادی خود را ضعیف گزارش کرده بودند. همچنین نمایه توده بدنی (BMI: Body Mass Index) در ۳۸/۵ درصد از بیماران بین ۲۵ تا ۳۰ و در ۳۰/۵ درصد نیز بیشتر از ۳۰ اعلام شد.

جدول ۱، وضعیت رفتارهای خودمراقبتی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بین شرکت کنندگان این مطالعه را نشان می‌دهد. براساس یافته‌های به دست آمده، ۶۳/۵ درصد از آزمودنی‌ها حداکثر نمره رفتارهای خودمراقبتی را کسب کرده بودند که نمایانگر وضعیت نسبتاً مطلوب این رفتارها در بین بیماران فشار خونی شهر همدان می‌باشد. یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص کیفیت زندگی نیز نشان داد که ابعاد عملکرد اجتماعی و احساس سلامت عمومی به ترتیب با ۷۱/۹ و ۴۴/۸ درصد بیشترین و کمترین نمره میانگین و دارای وضعیت نسبتاً مطلوب و نامطلوبی بودند. گفتنی است وضعیت کلی کیفیت زندگی بیماران فشار خونی نیز با ۵۶/۶ درصد، در حد نامطلوبی ارزیابی گردید.

جدول ۲، توزیع فراوانی رفتارهای خودمراقبتی شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. طبق یافته‌های به دست آمده، ۳۳/۵ درصد از بیماران هیچ گاه ورزش نمی‌کردند و ۵۱/۵ و ۳۷/۵ درصد از آن‌ها به ترتیب به وضعیت فشار خون و وزن خود و اندازه‌گیری این پارامترها اهمیت نمی‌دادند. با این حال، تنها ۳ درصد از بیماران سیگاری بودند و ۸۵ درصد از

پرسشنامه، کیفیت زندگی را در ۸ بعد مختلف مورد بررسی قرار می‌دهد. در این بین، عملکرد جسمی با ۱۰ سؤال ۳ گزینه‌ای، اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی با ۴ سؤال ۲ گزینه‌ای، اختلال نقش به دلیل سلامت روانی با ۳ سؤال ۲ گزینه‌ای، احساس نشاط با ۴ سؤال ۶ گزینه‌ای، عملکرد روانی با ۵ سؤال ۶ گزینه‌ای، عملکرد اجتماعی با ۲ سؤال ۵ گزینه‌ای، احساس درد و ناتوانی با ۲ سؤال ۵ گزینه‌ای و احساس سلامت عمومی با ۵ سؤال ۵ گزینه‌ای مورد سنجش قرار گرفت و یک سؤال مرتبط با احساس تغییر سلامتی نیز در هیچ‌یک از ابعاد پرسشنامه قرار نگرفت و فقط با نمره کل جمع شد. گفتنی است نمره گویه‌ها در این پرسشنامه بین ۱ تا ۵ است که به هر عدد به تناسب آن به صورت متغیر در هر بعد، ارزش‌هایی بین ۰ تا ۱۰۰ تعلق گرفته و امتیاز هر بعد با جمع نمرات گویه‌ها تقسیم بر تعداد سوالات آن بعد تعیین می‌گردد. در این پرسشنامه کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌باشد. شایان ذکر است که روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی در مطالعه منتظری و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است [۱۲].

در مطالعه حاضر اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های T مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار آماري SPSS 16، تجزیه و تحلیل گردید. همچنین سطح معناداری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش بین ۳۰ تا ۸۷ سال با میانگین سنی 62.03 ± 11.3 سال بود. ۷۹ درصد از آزمودنی‌ها را زنان تشکیل می‌دادند و ۷۲/۵ درصد از آن‌ها متأهل بودند. همچنین ۵۵/۵ درصد بیماران بی‌سواد بودند و ۲۶ درصد آنان تحصیلات در سطح ابتدایی داشتند. براساس یافته‌های به دست آمده، ۲۷/۵، ۳۶، ۹، ۷ و ۲۴ درصد

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب، درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب و ابعاد مختلف کیفیت زندگی

سازه‌ها	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب
رفتارهای خودمراقبتی	۱۰/۱۶	۲/۴۷۱	۰-۱۶	۶۳/۵
احساس سلامت عمومی	۴۴/۸۷	۱۹/۴	۰-۱۰۰	۴۴/۸
عملکرد جسمی	۶۶/۸۲	۲۶/۳	۰-۱۰۰	۶۶/۸
اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی	۴۶/۶۲	۴۰/۱	۰-۱۰۰	۴۶/۶
اختلال نقش به دلیل سلامت روانی	۵۱/۳۳	۴۰/۴	۰-۱۰۰	۵۱/۳
عملکرد اجتماعی	۷۱/۹۱	۲۷/۱	۰-۱۰۰	۷۱/۹
احساس درد و ناراحتی	۶۵/۰۳	۲۴/۴	۰-۱۰۰	۶۵
احساس نشاط	۴۷/۷۵	۱۹/۱	۰-۱۰۰	۴۷
عملکرد روانی	۵۹/۱۶	۱۹/۴	۰-۱۰۰	۵۹/۱
نمره کلی کیفیت زندگی	۵۶/۶۸	۱۰/۱	۰-۱۰۰	۵۶/۶۸

جدول ۲: توزیع فراوانی رفتارهای خودمراقبتی در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش (n=200)

رفتارهای خودمراقبتی	بله، همیشه تعداد (درصد)	بله، گاهی اوقات تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)
مصرف سیگار	۶ (۳)	---	۱۹۴ (۹۷)
ورزش	۵۹ (۲۹/۵)	۷۴ (۳۷)	۶۷ (۳۳/۵)
اندازه‌گیری فشار خون	۹۷ (۴۸/۵)	---	۱۰۳ (۵۱/۵)
اندازه‌گیری وزن	۵۳ (۲۶/۵)	۷۲ (۳۶)	۷۵ (۳۷/۵)
پرهیز از غذای چرب	۱۰۴ (۵۲)	۶۳ (۳۱/۵)	۳۳ (۱۶/۵)
میزان استفاده از روغن مایع	۱۲۵ (۶۲/۵)	۴۹ (۲۴/۵)	۲۶ (۱۳)
مصرف مرتب داروها	۱۷۰ (۸۵)	۲۰ (۱۰)	۱۰ (۵)
استفاده از میوه و سبزیجات	۱۲۷ (۶۳/۵)	۶۸ (۳۴)	۵ (۲/۵)
کاهش نمک مصرفی	۱۲۴ (۶۲)	۵۹ (۲۹/۵)	۱۷ (۸/۵)

آن‌ها داروهای خود را مرتب مصرف می‌کردند. براساس نتایج جدول ۳، اختلاف معناداری در میانگین نمره

جدول ۳: ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیرها	رفتارهای خودمراقبتی			کیفیت زندگی		
	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنس	مرد	۱۰/۱۴	۲/۷۹۹	۰/۹۶۰	۵۸/۶۹	۱۰/۵۴
	زن	۱۰/۱۶	۲/۳۸۶	۰/۹۶۰	۵۱/۵۶	۱۰/۰۱
سابقه خانوادگی فشار خون بالا	بله	۱۰/۲۵	۲/۵۲۶	۰/۵۷۲	۵۵/۵۴	۹/۸۳
	خیر	۱۰/۰۵	۲/۴۱۵	۰/۵۷۲	۵۸/۰۲	۱۰/۳۶
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۹/۸۶	۲/۴۹۷	۰/۲۳۰	۵۵/۶۹	۱۰/۵۹
	ابتدایی	۱۰/۳۸	۲/۴۹۰	۰/۲۳۰	۵۶/۵۷	۹/۴۵
	راهنمایی	۱۰/۳۱	۲/۲۵۰	۰/۲۳۰	۶۰/۴۱	۹/۰۱
	دیپلم	۱۱/۳۸	۲/۱۰۳	۰/۲۳۰	۶۱/۱۶	۱۰/۶۸
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۹/۷	۱/۹۴۷	۰/۸۶۳	۵۳/۶۴	۶/۹۱
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۰/۲۸	۲/۵۷۶	۰/۸۶۳	۵۹/۰۷	۱۰/۶۱
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۰/۲۳	۲/۴۳۹	۰/۸۶۳	۵۶/۷۳	۱۰/۱۹
	۶۱ سال به بالا	۹/۹۸	۲/۶۱۲	۰/۸۶۳	۵۴/۸۰	۹/۸۶
شغل	کارگر	۹/۵۷	۳/۰۵	۰/۵۴۱	۵۴/۸۴	۹/۸۳
	کارمند	۱۱/۶۷	۲/۲۵	۰/۵۴۱	۶۲/۱۷	۱۵/۵۶
	خانه‌دار	۱۰/۱۶	۲/۴۳	۰/۵۴۱	۵۶/۷۳	۱۰/۰۳
	بازنشسته	۱۰/۲۴	۲/۳۴	۰/۵۴۱	۵۷/۷۹	۸/۵۱
وضعیت اقتصادی	آزاد	۱۰/۰۱	۲/۵۴	۰/۸۲	۵۴/۶۲	۱۱/۰۹
	ضعیف	۹/۷۷	۲/۳۹	۰/۸۲	۵۴/۷۲	۱۰/۵۵
	متوسط	۱۰/۳۸	۲/۵۱	۰/۸۲	۵۷/۷۴	۱۰/۲۸
	خوب	۱۰/۸۴	۲/۴۲	۰/۸۲	۵۸/۸۱	۸/۲۵
نمایه توده بدنی	عالی	۸/۶۷	۲/۱۶	۰/۲۶۰	۵۵/۳۲	۶/۴۶
	کمتر از ۱۹	۹/۳۳	۲/۰۸	۰/۲۶۰	۴۲/۱۳	۵/۴۵
	۱۹ تا ۲۵ سال	۹/۷۱	۲/۳۳	۰/۲۶۰	۵۵/۴۵	۹/۶۶
	۲۵ تا ۳۰ سال	۱۰/۵۳	۲/۴۵	۰/۲۶۰	۵۷/۸۴	۹/۶۸
وضعیت تأهل	بالاتر از ۳۰	۱۰/۱۶	۲/۶۰	۰/۹۹۸	۵۷/۱۳	۱۰/۷۹
	متأهل	۱۰/۱۶	۲/۴۷	۰/۹۹۸	۵۷/۰۷	۹/۶۵
مجرد	۱۰/۱۶	۲/۴۸	۰/۹۹۸	۴۹/۶۹	۹/۲۳	

برخوردار بودند.

طبق نتایج جدول ۴ بین رفتارهای خودمراقبتی و سه بعد از کیفیت زندگی شامل: عملکرد جسمانی، عملکرد روانی و احساس درد و ناراحتی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بررسی همبستگی نمرات کلی کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی نیز نشان داد که بین این دو متغیر همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P=0/005$, $r=0/196$).

رفتارهای خودمراقبتی شرکت کنندگان در مطالعه با متغیرهای دموگرافیک مشاهده نشد ($P>0/05$)؛ اما اختلاف معناداری در میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه با متغیرهای جنس ($P=0/008$)، وضعیت تأهل ($P=0/001$) و نمایه توده بدنی ($P=0/041$) وجود داشت؛ به طوری که بیماران مرد، متأهل و افراد دارای نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ از کیفیت زندگی بهتری نسبت به دیگران

جدول ۴: ماتریکس ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های تئوری رفتارهای خودتنظیمی و کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. رفتارهای خودمراقبتی	۱									
۲. عملکرد جسمانی	۰/۲۱۶**	۱								
۳. اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی	-۰/۰۵۷	-۰/۳۸۳**	۱							
۴. اختلال نقش به دلیل سلامت روانی	-۰/۰۵۴	-۰/۲۹۸**	۰/۶۱۳**	۱						
۵. احساس نشاط	۰/۱۱۹	۰/۴۰۹**	-۰/۴۰۷**	-۰/۳۶۴**	۱					
۶. عملکرد روانی	۰/۱۷۱*	۰/۱۴۷*	-۰/۲۵۶**	-۰/۲۹۷**	۰/۴۸۹**	۱				
۷. عملکرد اجتماعی	۰/۰۷۴	۰/۳۴۳**	-۰/۳۸۰**	-۰/۳۶۹**	۰/۳۹۱**	۰/۲۶۴**	۱			
۸. احساس درد و ناراحتی	۰/۲۱۷**	۰/۴۴۵**	-۰/۴۵۳**	-۰/۳۱۴**	۰/۴۱۶**	۰/۳۷۵**	۰/۴۷۸**	۱		
۹. احساس سلامت عمومی	۰/۰۹۳	۰/۳۱۸**	-۰/۳۸۸**	-۰/۳۴۲**	۰/۶۰۰**	۰/۴۸۹**	۰/۲۸۲**	۰/۴۷۹**	۱	
۱۰. نمره کلی کیفیت زندگی	۰/۱۹۶**	۰/۴۴۱**	۰/۱۶۹*	۰/۲۵۳**	۰/۵۰۱**	۰/۴۴۶**	۰/۴۳۹**	۰/۵۲۵**	۰/۴۷۶**	۱

* ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار می‌باشند؛ ** ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار می‌باشند.

بحث

در بین بیماران فشار خونی شهرستان بم را نشان داد. در دیگر مطالعات نیز، میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون در سطح ضعیف و متوسطی گزارش شده است [۱۸-۲۳]. نتایج پژوهش حاضر حاکی از وضعیت بهتر انجام رفتارهای خودمراقبتی در مقایسه با دیگر مطالعات می‌باشد که به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل این اختلاف، جامعه آماری مورد مطالعه باشد؛ زیرا در اغلب مطالعات مشابه، جامعه هدف بیماران روستایی بوده‌اند. در حالی که در پژوهش حاضر بیماران دارای پرونده بهداشتی در مراکز شهری بررسی شدند. از آنجا که انجام رفتارهای خودمراقبتی برای بیماران دارای فشار خون بالا یک نیاز اساسی و ویژه در طول عمر به حساب می‌آید؛ بنابراین لازم است در برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن مسائل فوق بر شدت و جدیت این رفتارها و عوارض احتمالی انجام نشدن آن‌ها برای فرد تأکید گردد.

در پژوهش حاضر از میان رفتارهای مختلف خودمراقبتی، مصرف نکردن سیگار و مصرف مرتب داروها دارای بیشترین

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بین ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان صورت گرفت. در این مطالعه میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با بیماری فشار خون در حد نسبتاً مطلوبی ارزیابی گردید. در همین راستا، نتایج مطالعه براتی و همکاران [۶] نشان داد که وضعیت رفتارهای خودتنظیمی فشار خون در بیماران روستایی با کسب ۵۱/۸ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب در سطح متوسطی قرار داشت. در مطالعه Newell [۱۲] نیز میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران فشار خونی در حد متوسط گزارش شده بود. دلاوری و همکاران [۱۴] در مطالعه‌ای درباره وضعیت رفتارهای خودمراقبتی فشار خون در محیط‌های روستایی، میزان این رفتارها را در حد نامطلوبی گزارش کرده بودند. همچنین نتایج مطالعه فولادوندی و همکاران [۱۵] وضعیت نامطلوب انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون

و نقش مردانه‌ای که در اجتماع دارند قرار می‌دهد که احساس خودکارآمدی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری را به دنبال خواهد داشت و از سوی دیگر زنان به علت محدودیت در انجام برخی از فعالیت‌های اجتماعی و همچنین مشغولیت‌های ذهنی و استرس‌هایی که برای امور خانه و خانواده دارند از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان برخوردار می‌باشند. گفتنی است در پژوهش حاضر کیفیت زندگی افراد متأهل بالاتر از دیگران بود که می‌تواند به دلیل نقش حمایتی همسر و سایر افراد خانواده این بیماران باشد. همچنین در این مطالعه افراد با اضافه وزن و نمایه توده بدنی بین ۳۰-۲۵ در مقایسه با افراد لاغر با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که می‌تواند به دلیل مشکلات جسمانی و محدودیت در عملکردهای اجتماعی افراد با نمایه توده بدنی پایین باشد. در همین راستا در مطالعه آهنگری و همکاران، بین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به فشار خون با جنس و وضعیت تأهل آنان ارتباط معناداری گزارش شد [۲۱]. در مطالعه رودسری و همکاران نیز بین کیفیت زندگی بیماران فشار خونی و شغل آنان ارتباط معناداری مشاهده گردید [۹]. همچنین نتایج مطالعه Figueiredo و همکاران نشان داد بین کیفیت زندگی بیماران فشار خونی با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و دور کمر رابطه معناداری وجود دارد [۲۲]. از آنجا که پژوهش‌های اندکی در این زمینه در ایران انجام شده است، پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با اهداف مشابه در سایر شهرهای ایران صورت گیرد و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین نمرات کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی فشار خون همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی با افزایش انجام رفتارهای خودمراقبتی، وضعیت کیفیت زندگی بیماران فشار خونی نیز بهبود می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد. از آن جمله، نتایج مطالعه رودسری و همکاران نشان داد که با افزایش میزان تبعیت از رژیم درمانی، کیفیت زندگی بیماران فشار خونی بهبود یافته بود [۹]. در مطالعه Kueh و همکاران نیز رفتارهای خودمراقبتی به عنوان مهم‌ترین فاکتور پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گزارش شده بود [۲۳]. در مطالعات مشابه دیگر نیز ارتباط معناداری بین انجام رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر مشاهده شده بود [۲۴، ۲۵]. به نظر می‌رسد طراحی برنامه آموزشی با تأکید بر اصلاح رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی فشار خون منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران فشار خونی خواهد شد؛ بنابراین توجه به این موضوع به برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران مراکز بهداشتی-درمانی کشور پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به همکاری نکردن برخی بیماران و پایین بودن سطح سواد بخش عمده‌ای از آنان اشاره کرد که فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها را

فراوانی بودند و در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. در مقابل رفتار اندازه‌گیری مرتب وزن و فشار خون دارای کمترین فراوانی بود و در وضعیت نامطلوبی قرار داشت. یافته‌های پژوهش حاضر در این بخش با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد [۳، ۶، ۱۶]. شایان ذکر است بیماران مهم‌ترین دلیل کنترل نکردن مرتب وزن و فشار خون خود را مشکلات جسمی، ناآگاهی و دسترسی نداشتن آسان به مراکز بهداشت بیان نمودند. در این راستا، صاحب‌نظران معتقدند رفتارهایی که مستلزم حل مشکل در شرایط خاص هستند، نیازمند سطح خودکارآمدی بالاتری می‌باشند [۱۸]. به نظر می‌رسد رفتارهای خودمراقبتی مانند کنترل مرتب وزن و فشار خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مستلزم داشتن آگاهی، مهارت و منابع مختلف حمایتی هستند؛ بنابراین بیمار باید علاوه بر رفع محدودیت‌های زمانی، مکانی و امکانات موجود، از شناخت و مهارت لازم برای انجام این رفتارها برخوردار باشد. با توجه به وضعیت بیماران فشار خونی شهر همدان، نتایج مطالعه در این بخش قابل توجه می‌باشد و توجه بیشتر برنامه‌ریزان بهداشتی برای تسهیل شرایط انجام رفتارهای مذکور را می‌طلبد. براساس دیگر یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص کیفیت زندگی بیماران فشار خونی، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در حد متوسط و نامطلوبی (۵۶/۶ درصد) قرار داشت و ابعاد عملکرد اجتماعی و احساس سلامت عمومی به ترتیب از بهترین و بدترین وضعیت برخوردار بودند. گفتنی است نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات مشابه همخوانی دارد. در همین راستا، نتایج مطالعه رودسری و همکاران درباره بیماران مبتلا به پرفشاری خون نشان داد که نمره کلی کیفیت زندگی این بیماران در سطح متوسط می‌باشد و ابعادی همچون محدودیت در عملکرد جسمانی کمترین نمره میانگین و عملکرد اجتماعی بیشترین نمره میانگین در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده بودند [۹]. نتایج مطالعه نوری و همکاران نیز نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سطح متوسط می‌باشد و ابعاد مشکلات روحی و روانی دارای بیشترین نمره میانگین و سلامت عمومی دارای کمترین نمره میانگین بودند [۵]. همچنین نتایج مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل Trevisol و همکاران نشان داد که در ۲۰ مطالعه بررسی شده وضعیت همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران فشار خونی پایین‌تر از حد متوسط و نامطلوب بود [۱۰]. در دیگر پژوهش‌های مرتبط با کیفیت زندگی بیماری‌های غیرواگیر نیز دستاوردهای مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شده است [۱۹، ۲۱].

در این مطالعه اختلاف معناداری در میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو جنس مشاهده شد و کیفیت زندگی مردان نسبت به زنان بهتر بود. به نظر می‌رسد عوامل فیزیولوژیکی و ساختاری جامعه در این زمینه مؤثر باشند؛ زیرا از یک سو جامعه قدرت و فرصت بیشتری در اختیار مردان به دلیل عوامل ساختاری جامعه

خیلی به تأخیر می‌انداخت.

با هدف بررسی عوامل روانشناختی مرتبط با انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون برای روشن‌شدن زوایای پنهان مسأله صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در حد متوسط و نامطلوبی می‌باشد. با توجه به وجود ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون، پیشنهاد می‌شود با آموزش بیماران و تلاش برای افزایش تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی گامی در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران فشار خونی برداشته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات سبب‌شناسی

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی دانشجویی در مرکز پژوهش دانشجویان (شماره ثبت: ۹۶۰۲۱۹۱۱۰۳) و با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است. بدین‌وسیله از مسئولان محترم و بیماران شرکت‌کننده در طرح تشکر و قدردانی ویژه می‌گردد.

REFERENCES

- Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension. Part I: definition and etiology. *Circulation*. 2000;101(3):329-35. PMID: 10645931
- Baghiyani MM, Eyvazi S, Mazloumi MS, Falahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the model of goal directed behavior in Yazd city (2006). *J Birjand Univ Med Sci*. 2008;15(3):78-87. [Persian]
- Hazavehei MM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. *Koomesh*. 2015;17(1):37-44. [Persian]
- Sotodeh Asl N, Neshat Dost 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. [Persian]
- Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in patients with hypertension. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015;25(127):100-7. [Persian]
- Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. *J Fasa Univ Med Sci*. 2011;1(3):116-22. [Persian]
- Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SM, 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. [Persian]
- Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The relation between social support and adherence to the treatment of hypertension. *J Educ Community Health*. 2014;1(3):63-9. [Persian]
- Masror Roudsari DD, Dabiri Golchin M, Haghani H. Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. *Iran J Nurs*. 2013;26(85):44-54. [Persian]
- Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens*. 2011;29(2):179-88. PMID: 21045726 DOI: 10.1097/HJH.0b013e328340d76f
- Dabghmanesh MH, Mostafavi H, Zare N. Blood pressure levels, risk factors and hypertension control status in adult. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci*. 2007;11(1):41-9. [Persian]
- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia MB. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*. 2006;5(1):49-56. [Persian]
- Newell MA. Knowledge, perceptions, beliefs and behaviors related to the prevention of hypertension among Black Seventh-day Adventists living in London. Colifornia: Loma Linda University; 2008.
- Delavari AR, Hori N, Alikhani S, Gouya MM, Mahdavi AR, Hosseini SM, et al. Prevalence of hypertension in Iranian urban and rural populations aged over 20 years in 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2007;17(58):79-86. [Persian]
- Fuladvandi M, Safarpour H, Malekyan L, Moayedi S, Mahani MA, Salimi E. The Survey of self-regulation behaviors and related factors in elderly with hypertension in south-east of Iran. *Health*. 2017;9(4):592-600. DOI: 10.4236/health.2017.94042
- Khosravi A, Pourheidar B, Roohafza H, Moezzi M, Mousavi M, Hajiannejad A, et al. Evaluating factors associated with uncontrolled hypertension: isfahan cohort study, Iran. *ARYA Atheroscler*. 2014;10(6):311-8. PMID: PMC4354084
- Vazini H, Barati M. The health belief model and self-care behaviors among type 2 diabetic patients. *Iran J Diabetes Obes*. 2014;6(3):107-13. [Persian]
- Barati M. Predicting factors related to self-care behaviors among type 2 diabetic patients based on health belief model. *J Health Chimes*. 2014;1(4):16-25. [Persian]
- Ogunlana MO, Adedokun B, Dairo MD, Odunaiya NA. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria. *BMC Cardiovasc Disord*. 2009;9:25. PMID: 19534800 DOI: 10.1186/1471-2261-9-25
- Jalilian F, Mirzaei-Alavijeh M, Emdadi SH, Nasirzadeh M, Barati M, Hatam-Zadeh N. The quality of life of women with type 2 diabetes: the study of self-efficacy. *J Health Syst Res*. 2012;7(6):1013-9. [Persian]
- Ahangari M, Kamali M, Arjmand-Hesabi M. The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran senile culture house clubs. *Iran J Ageing*. 2008;3(1):26-32. [Persian]
- Figueiredo T, Chaves C, Andrade A. Quality of life in hypertensive patients. *J Educ Sci Psychol*. 2014;4(2):112-24.
- Kueh YC, Morris T, Ismail AA. The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychol Health Med*. 2017;22(2):138-44. PMID: 26851120 DOI: 10.1080/13548506.2016.1147055
- Thiel DM, Al Sayah F, Vallance JK, Johnson ST, Johnson JA. Association between physical activity and health-related quality of life in adults with type 2 Diabetes. *Can J Diabetes*. 2017;41(1):58-63. PMID: 27692960 DOI: 10.1016/j.cjcd.2016.07.004
- Thiel DM, Sayah FA, Vallance J, Johnson ST, Johnson JA. Physical activity and health-related quality of life in adults with type 2 diabetes: results from a prospective cohort study. *J Phys Act Health*. 2017;14(5):368-74. PMID: 28169577 DOI: 10.1123/jpah.2016-0271