

Antihypertensive Drugs Adherence in Heart Disease Patients Referring to the Imam Reza Clinic in Shiraz

Zare S¹, Shams M^{2*}, Fararouei M³, Shariatinia S⁴

¹MS, Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

²PhD, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

³PhD, Shiraz HIV/AIDS Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴PhD Student, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Back ground: Patient medication adherence refers to the timely and correct use of medications prescribed by the physician. The aim of this study was to determine the adherence rate of antihypertensive drugs in heart disease patients referring to the Imam Reza Clinic in Shiraz, Iran.

Methods: This cross-sectional study was performed on 282 heart disease patients, who used antihypertensive, referring to Imam Reza (AS) clinic in Shiraz in 1396. For data collection, a demographic questionnaire and a Morisky Medication Adherence Scale, which was valid for the Iranian community, were used. Data were analyzed using SPSS software.

Results: The results of this study revealed that the antihypertensive drug adherence in 95 heart disease patients (76%) was low. However, 16% and 7% of the patients reported moderate and high adherence to antihypertensive drugs, respectively. The most common causes of patients' antihypertensive drug non-adherence were forgetting to take the medication (76.2 %), irregular taking of the medication while traveling (63.8) or while leaving the house, and being tired as a result of daily and continually taking the drugs (58.5 %). Moreover, the results showed that by aging, the antihypertensive drug adherence decreased ($r = -0.22$, $P < 0.001$).

Conclusion: This study showed that more than two-thirds of heart disease patients had low medication adherence. The most common causes were missed medication and irregular travelling-related medication intake. Performing some strategies for solving this issue is recommended.

Keywords: Medication adherence; Antihypertensive agents; Heart diseases

Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 151-160.

Received: Jan. 21st, 2018

Accepted: Apr. 21st, 2018

*Corresponding Author: **Shams M**, PhD, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, moshaisf@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۶، شماره ۲، بهار ۱۳۹۷، صفحات ۱۵۱ تا ۱۶۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۰۱

مقاله پژوهشی

(Original Article)

تبعیت از مصرف داروهای ضد فشارخون در بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا (ع)،

شیراز

سمیه زارع^۱، محسن شمس^{۲*}، محمد فرارویی^۳، صدیقه شریعتی نیا^۴

^۱ دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات ایدز شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: تبعیت دارویی بیمار به معنای پایبندی بیمار به رعایت دستورات دارویی که شامل مصرف به موقع و درست داروهای تجویز شده توسط پزشک می شود، است. این مطالعه با هدف تعیین میزان تبعیت از مصرف داروهای ضد فشارخون در بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا در شهر شیراز اجرا شد.

مواد و روش: این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۸۲ نفر از بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا (ع) شهر شیراز که داروی ضد پرفشاری خون مصرف می کردند، انجام شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تبعیت دارویی مورسکی که برای جامعه ایرانی روا و پایا شده بود، استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون تی تست و آنوا تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد تبعیت از داروهای ضد فشارخون در ۷۶/۹۵ درصد از بیماران قلبی پایین بود. در حالی که ۱۵/۹۶ و ۷/۰۹ درصد از بیماران مورد مطالعه از تبعیت متوسط و بالای دارویی برخوردار بودند. بیشترین علل عدم تبعیت از رژیم فشار خون خود در بیماران قلبی در این مطالعه فراموش کردن زمان مصرف دارو (۷۶/۲ درصد)، مصرف نامنظم دارو در طول مسافرت یا هنگام ترک منزل (۶۳/۸ درصد) و خستگی ناشی از مصرف روزانه و مستمر دارو (۵۸/۵ درصد) بود. به علاوه نتایج نشان داد با افزایش سن تبعیت دارویی کاهش می یافت ($r = -0.22, P < 0.001$).

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که بیش از دو سوم بیماران قلبی تبعیت پایینی از رژیم درمانی داروهای ضد فشارخون داشتند. علل شایع آن، فراموشی و یا عدم مصرف دارو در مسافرت بود. ارائه راهکارهایی در این زمینه برای رفع این مشکل پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: تبعیت دارویی، داروهای ضد فشارخون، بیماران قلبی عروقی

* نویسنده مسئول: محسن شمس، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، moshaisf@yahoo.com

مقدمه

در طی سالیان اخیر، افزایش جمعیت سالمندان، افزایش شهرنشینی، تغییر شیوه زندگی و عادات و سنت های جدید و نیز صنعتی شدن کشورها باعث کاهش رشد بیماری های عفونی و افزایش بیماری های غیرواگیر مانند بیماری های عروق کرونر قلب، فشارخون بالا، سکته مغزی، و سرطان ها شده است (۱). از میان بیماری های غیرواگیر، بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ و ناتوانی در بیشتر کشورهای جهان است (۲). در ایران نیز بیماری های قلبی و عروقی، اولین علت مرگ و میر بوده و سالانه ۱۳۸ هزار نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند (۳).

فشار خون بالا (High Blood Pressure) یک عامل خطر عمده برای بیماری های قلبی عروقی است که ارتباط مستقیم و قوی با بروز این نوع بیماری ها و خطر مرگ ناشی از آنها دارد (۴). برای درمان پرفشاری خون مداخلات مختلفی انجام می شود که می توان آنها را به دو دسته کلی مداخلات دارویی و غیردارویی تقسیم کرد. درمان غیردارویی به عنوان درمان کمکی در کنار داروها توصیه شده است. مداخلات غیردارویی پرفشاری خون شامل کاهش نمک مصرفی، کاهش وزن، تعادل در مصرف الکل، رعایت تغذیه سالم و انجام فعالیت بدنی منظم است که به آن مداخلات اصلاح سبک زندگی گفته می شود، درمان دارویی برای بیماران با فشارخون سیستولی بیشتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و فشار دیاستولی بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه توصیه می شود. در اکثر موارد برای درمان پرفشاری خون به بیش از یک دارو نیاز است (۵).

در موفقیت درمان پرفشاری خون، تبعیت از دستورات پزشک به ویژه دستورات مربوط به مصرف درست و به موقع داروهای کاهش دهنده فشارخون نقش مهمی دارد. اگر داروهای کاهش دهنده فشارخون درست مصرف نشوند، عوارضی برای بیمار بروز می کند، از جمله این عوارض می توان به این موارد اشاره کرد: فشارخون مقاوم (Resistant Hypertension): گاهی با وجود دریافت

حداقل سه نوع داروی ضد پرفشاری خون در بیمار، ممکن است فشارخون سیستولی و دیاستولی به ترتیب به بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و ۹۰ میلی متر جیوه افزایش یابد (۶)، پرفشاری خون بازگشتی (Recurrent Hypertension): به علت قطع ناگهانی مصرف داروهای ضد پرفشاری خون ایجاد می شود، بحران پرفشاری خون (Hypertensive Crises): فشارخون سیستولی بالای ۱۸۰ میلی متر جیوه و یا دیاستولی بالاتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه (۷)، طولانی شدن طول مدت درمان، افزایش بیماری های قلبی و عروقی، سکته مغزی و بیماری مزمن کلیه (۸).

تبعیت دارویی به معنای پایبندی فرد بیمار به رعایت دستورات دارویی است و شامل دو محور مصرف به موقع دارو (Medication Adherence) و مصرف دارو بر اساس برنامه و نحوه تجویز انجام شده توسط پزشک می باشد (۹). درمان دارویی و اصلاح سبک زندگی تاکنون نتوانسته است به طور موثری بر کنترل فشارخون اثر بگذارد، یکی از دلایل عمده این تاثیر اندک، عدم تبعیت بیماران از رژیم درمانی ضد پرفشاری خون و نیز تبعیت از رژیم دارویی تحت تاثیر اعتقادات و باورهای بیمار است (۱۰). تقریباً یک سوم از بیماران داروهای ضد پرفشاری خون را که برای جلوگیری از بروز بیماری قلبی عروقی تجویز شده است، مصرف نمی کنند (۱۱). این در حالی است که تبعیت دارویی ضعیف می تواند منجر به مواردی همچون پیشرفت عوارض و بیماری ها، کاهش توانایی های عملکردی و کیفیت زندگی، افزایش هزینه های درمان، افزایش استفاده از منابع پزشکی تخصصی گران قیمت، تغییرات دارویی غیرلازم و افزایش مدت اقامت در بیمارستان گردد (۱۲).

دلایل زیادی برای عدم تبعیت دارویی ذکر شده است که از آن جمله می توان به فراموشی، کمبود انگیزه، قیمت بالای دارو، سواد سلامت ناکافی، رژیم دارویی ناکافی، رژیم دارویی پیچیده (۱۳)، بی اعتمادی به پزشک و تشخیص وی، بی اهمیتی به مصرف دارو، اثرات جانبی دارو،

قلبی عروقی و مصرف داروی ضد پرفشاری خون، داشتن حداقل سواد سیکل، برخورداری از سن بالای ۳۵ سال و تعداد دفعات مراجعه (دومین بار یا بیشتر). حجم نمونه محاسبه شده برای این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد، ۲۳۴ نفر برآورد شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش مخاطبان در مراحل انجام مطالعه، حجم نمونه نهایی ۲۸۲ نفر مدنظر قرار گرفت که حجم نمونه بر اساس فرمول زیر برآورد شد

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)) / (p_1 - p_2)^2$$

این افراد با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. از کلیه بیماران مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا (ع) در کل روزهای هفته مصاحبه به عمل آمد تا حجم نمونه تکمیل گردید.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، فرم اطلاعات فردی- اجتماعی و نیز پرسشنامه تبعیت دارویی موربسی بود. در فرم اطلاعات فردی اجتماعی متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، تعداد داروهای فشارخون مصرفی، تعداد کل داروهای مصرفی بیمار، دفعات مراجعه به پزشک به علت پرفشاری خون، سابقه بستری در بیمارستان به علت بیماری قلبی و ابتلا به سایر بیماری نیز پرسیده شد.

پرسشنامه تبعیت دارویی موربسی شامل هفت سوال دو گزینه ای و یک سوال پنج گزینه ای می باشد. هفت سوال اول با صفر و یک نمره گذاری شد و سوال هشتم با ۰، ۰/۲۵، ۰/۵، ۰/۷۵ و ۱ نمره گذاری شد که بر اساس این پرسشنامه نمره کمتر از شش؛ تبعیت پایین، نمره شش تا کمتر از هشت؛ تبعیت متوسط و نمره هشت؛ تبعیت بالای بیمار را نشان می دهد. روایی و پایایی آن در مطالعه راشدی و همکاران از روش آلفا کرونباخ و محاسبه ضریب همبستگی تایید شده بود (۲۰).

در این پژوهش، رعایت امانتداری در مورد داده های جمع آوری شده از بیماران در طی مراحل مختلف مدنظر قرار گرفت و رضایت آگاهانه مکتوب از همه افراد درگیر در

ملاحظات مذهبی و فهم نادرست دستورات پزشک (۱۴) اشاره نمود. مداخلات متعددی برای بهبود تبعیت انجام شده است. با این حال، این نوع برنامه ها پیچیدگی زیادی دارند، اثربخشی پایینی دارند، گران قیمت و وقت گیر هستند (۱۵). ضمناً به سختی می توان گفت که کدام قسمت از این نوع مداخلات موثرتر از سایر بخش های آن بوده است (۱۶). به همین دلیل، مداخلات ساده ای مثل یادآوری به بیماران پیشنهاد شده است (۱۵).

برخی عواملی که باعث تسهیل تبعیت دارویی می شود عبارتند از: کاهش تجویز نامناسب و کاهش تجویز داروهای پیچیده (۱۷)، حمایت اعضای تیم مراقبت های سلامت از بیمار، ارتقای کیفیت رابطه بیمار و پزشک، ایجاد اعتماد به نفس، کمک به بیماران برای فعال تر بودن، ارائه دستورالعمل برای نسخه های جدید (۱۸)، رضایت از تیم درمان، حمایت از بیمار، هشدارهای عینی به بیمار، بازخورد به بیمار درباره یافته های آزمایشگاهی، رضایت بیمار از درمان، درگیر نمودن خانواده بیمار در فرآیند درمان (۱۹).

از آنجا که اطلاعات دقیقی درباره تبعیت دارویی در شیراز در بیمارانی که داروی پرفشاری خون مصرف می کنند، در دسترس نبود، بنابراین وضعیت تبعیت دارویی در این مطالعه می تواند آمار و اطلاعات قابل استفاده برای انواع مداخلات را فراهم سازد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی میزان تبعیت بیماران قلبی از مصرف داروی پرفشاری خون و عوامل موثر بر آن انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه پژوهش مقطعی بود. جامعه هدف آن را بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا شیراز تشکیل دادند که پزشکان برای آنها داروهای ضد فشار خون تجویز کرده بودند. علاوه بر حصول اطمینان نسبت به رضایت و تمایل بیماران مذکور برای ورود به این مطالعه، معیارهای مختلفی برای انتخاب نمونه پژوهشی در نظر گرفته شد که این معیارها عبارت بودند از؛ ابتلا به بیماری

فشار خون از سایر داروها هم استفاده می کردند. همچنین ۴۲/۹ افراد به دلیل مشکلات قلبی قبلاً در بیمارستان بستری شده بودند.

مهمترین علل عدم تبعیت از رژیم فشار خون خود در بیماران قلبی در این مطالعه فراموش کردن زمان مصرف دارو (۷۶/۲ درصد)، مصرف نامنظم دارو در طول مسافرت یا هنگام ترک منزل (۶۳/۸ درصد) و خستگی ناشی از مصرف روزانه و مستمر دارو (۵۸/۵ درصد) بود (جدول ۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۷۶/۹۵ درصد بیماران تبعیت پایین از رژیم داروهای فشارخون داشتند. این در حالی بود که کمتر از یک چهارم بیماران تبعیت در حد متوسط و زیاد را گزارش کردند (جدول ۳).

نتایج در مورد ارتباط تبعیت از رژیم درمانی فشار خون با متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که بین تبعیت از رژیم درمانی فشارخون با جنسیت، سطح تحصیلات و تاهل ارتباط وجود نداشت (جدول ۱). این در حالی بود که ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و تبعیت از رژیم درمانی فشارخون ارتباط معکوس وجود داشت و با افزایش سن تبعیت فرد کاهش می یافت ($P < 0.001$). ($r = -0.22$).

مطالعه اخذ گردید و مجوز کمیته اخلاق دانشگاه با شماره IR.YUMS.REC.1396.2 اتخاذ گردید.

جهت تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. همچنین به منظور بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با رفتار تبعیت دارویی از تحلیل واریانس یکطرفه ANOVA و تی تست استفاده شد. به علاوه به منظور بررسی ارتباط سن و رفتار تبعیت دارویی از آزمون پیرسون استفاده شد.

یافته ها

یافته های مطالعه نشان داد که ۵۹/۹ درصد از بیماران مورد مطالعه در این پژوهش زن و ۴۰/۱ درصد نیز مرد بودند. بیماران در گروه سنی ۷۰-۳۵ سال قرار داشتند که از این افراد ۸۹/۷ درصد متاهل و بقیه مجرد یا مطلقه بودند و همچنین تعداد ۱۶۱ نفر از شرکت کنندگان سیکل و ۷۹ نفر دیپلم و ۳۴ نفر لیسانس و ۸ نفر بالاتر از لیسانس بودند (جدول ۱).

مدت ابتدای ۳۰/۴ درصد از بیماران به عارضه قلبی-عروقی ۱-۲ سال بود و بقیه از دو ماه تا ۲۰ سال متغیر بود. ۷۲/۷ درصد افراد بیشتر از یک داروی فشارخون مصرف می کردند و ۹۵/۷ درصد افراد نیز علاوه بر داروی

جدول ۱. خصوصیات جمعیت شناختی و ارتباط آن ها با نمره تبعیت در افراد مورد مطالعه

مقدار P	آماره	تبعیت دارویی		فراوانی (درصد)	متغیر	
		انحراف معیار	میانگین			
۰/۴۴۲	$t = 0.938$	۱/۷۸	۴/۸۵	۱۶۹(۵۹/۹)	زن	جنس
		۱/۷۰	۴/۹۸	۱۱۳(۴۰/۱)	مرد	
۰/۵۱۲	$t = 0.430$	۱/۷۴	۴/۹۲	۲۵۳(۸۹/۷)	متاهل	وضعیت تاهل
		۱/۰۸	۴/۷۳	۲۹(۱۰/۳)	غیر متاهل	
۰/۸۸۵	$F = 0.216$	۱/۷۲	۴/۸۸	۱۶۱(۵۷/۱)	سیکل و کمتر از سیکل	سطح تحصیلات
		۱/۶۳	۴/۹۷	۷۹(۲۸/۰)	دیپلم	
		۲/۰۴	۴/۸۱	۳۴(۱۲/۱)	لیسانس	
		۲/۴۶	۴/۴۶	۸(۲/۹)	بالاتر از لیسانس	

جدول ۲. فراوانی و درصد پاسخ به پرسشنامه موربسیکی در افراد مورد مطالعه

متن سوال	بلی	خیر
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)
۱. آیا گاهی اوقات مصرف قرص های ضد پرفشاری خون خود را فراموش می کنید؟	۲۱۵ (۷۶/۲)	۶۷ (۲۳/۸)
۲. افراد گاهی اوقات مصرف داروی خود را به دلایلی جز فراموش کردن، قطع می کنند. در دو هفته قبل آیا روزی بوده که داروی پرفشارخون خود را مصرف نکرده باشید؟	۵۸ (۲۰/۶)	۲۲۴ (۷۹/۴)
۳. آیا تا به حال مصرف دارویتان را بدین دلیل که هنگام مصرف آن احساس بدتری داشتید، که بدون گفتن به پزشک قطع کرده و یا کاهش داده اید؟	۸۲ (۲۹/۱)	۲۰۰ (۷۰/۹)
۴. آیا هنگامی که به مسافرت می روید و یا از خانه بیرون می روید، اتفاق افتاده است که داروی خود را فراموش کنید؟	۱۸۰ (۶۳/۸)	۱۰۲ (۳۶/۲)
۵. آیا دیروز داروی ضد پرفشاری خون خود را فراموش کرده اید؟	۱۱ (۳/۹)	۲۷۱ (۹۶/۱)
۶. هنگامی که احساس می کنید بیماریتان تحت کنترل است، آیا گاهی وقت ها مصرف داروی خود را متوقف می کنید؟	۷۱ (۲۵/۲)	۲۱۱ (۷۴/۸)
۷. مصرف هر روزه دارو برای برخی از افراد ناراحت کننده است. آیا تا به حال در مورد برنامه درمانی پرفشاری خون خود احساس بدی داشته اید؟	۱۶۵ (۵۸/۵)	۱۱۷ (۴۱/۵)

۸. هر چند وقت یکبار در «یادآوری مصرف تمام داروهای خود» دچار مشکل می شوید (فراموش می کنید و یا دیر به یاد می آورید)؟				
هرگز	بندرت/خیلی کم	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۳۶ (۱۲/۸)	۱۳۸ (۴۸/۹)	۹۳ (۳۳)	۱۴ (۵)	۱ (۰/۴)
فراوانی(درصد)				

جدول ۳. میزان تبعیت دارویی در افراد مورد مطالعه

میزان تبعیت کل	فراوانی	درصد
تبعیت پایین	۲۱۷	۷۶/۹۵
تبعیت متوسط	۴۵	۱۵/۹۶
تبعیت بالا	۲۰	۷/۰۹
جمع	۲۸۲	۱۰۰

بحث

نشان داد که تنها ۱۲ درصد از مبتلایان به بیماری سل رفتار تبعیت دارویی ضعیفی داشته اند. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در ابزار ارزشیابی تبعیت دارویی در دو مطالعه باشد، در مطالعه شاهین زاده از پرسشنامه تبعیت دارویی موربسیکی استفاده نشده بود و از مراجعه بیماران جهت انجام آزمایشات دوره ای و نتیجه آزمایشات و پرسشنامه پنج قسمتی که توسط خودشان روایی و پایایی شده بود، جهت ارزشیابی استفاده کرده بودند و از آنجا که نوع بیماری نیز باهم متفاوت است و بیماری سل علایم و عوارض واضح و آزاردهنده دارد بیماران را بیشتر از فشار خون بالا ترغیب به ادامه درمان و پیگیری بیماریشان می شود.

شرکت کنندگان در این مطالعه گاهی اوقات داروهایشان را فراموش می کردند که در این مطالعه ۷۶/۲ درصد شرکت

این مطالعه رفتار تبعیت دارویی بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضای شیراز را مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه ۷۶/۹۵ درصد شرکت کنندگان تبعیت دارویی پایینی داشتند که با مطالعه ای که در چین توسط چونهو و همکاران (۲۱) انجام شده بود همخوانی داشت. اما با مطالعه شاهین زاده و همکاران که در اهواز انجام شده بود همگون نیست. مطالعه شاهین زاده و همکاران (۲۲)،

است متاثر از فاکتور زمانی محدود و کاهش تنوع در نمونه گیری باشد. همچنین برخی از این بیماران داروهای زیادی به دلیل داشتن بیماری های مختلف مصرف می کردند که این خود می تواند تبعیت دارویی را کاهش دهد. لذا پیشنهاد می شود که این مطالعه در نقاط دیگر ایران و روی بیماریهای دیگر و همچنین در بازه زمانی بیشتر و نمونه های بیشتر نیز سنجیده شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که وضعیت تبعیت دارویی در بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا شیراز که داروی پرفشاری خون استفاده می کنند پایین است و با افزایش سن میزان تبعیت دارویی کاهش می یابد. بنابراین انجام مداخلاتی به منظور بهبود تبعیت دارویی در بیماران قلبی انجام شود.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.YUMS.REC.1396.2 که مورد تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج قرار گرفته و با حمایت مالی این معاونت اجرا شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه مدیران و کارکنان این معاونت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کارکنان درمانگاه امام رضا شیراز و تمامی شرکت کنندگان تشکر نمایند.

تضاد منافع:

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Kazemy T, Sharifzadeh GH. The proportion of CVD from total death in Birjand 2002-2003. The Journal of Qazvin University of Med Sciences 2005; 33: 73-76 (Persian).

کنندگان داروهای فشارخون خود را فراموش می کردند که می تواند به علت مشغلات ذهنی و نگرانی های زندگی باشد و یا عدم زمان بندی مناسب آنها باشد و یا به علت افزایش سن ممکن است میزان فراموشی بیشتر شود. ۶۳/۸ درصد شرکت کنندگان در این مطالعه زمان مسافرت داروی خود را مصرف نمی کردند. ازبلا و همکاران (۲۳)، نیز در مطالعه ای که انجام دادند ۹۴/۳ درصد شرکت کنندگان زمانی که خانه را ترک می کردند داروهایشان را مصرف نمی کردند که با این مطالعه مطابقت داشت. به نظر می رسد که افراد زمان خروج از منزل به دلیل فوریت هایی که ممکن است زمان خروج داشته اند و یا خروج های ناگهانی و یکدفعه از منزل و یا حواسپرتی، فراموش می کنند که داروهایشان را به همراه ببرند. از طرف دیگر این مطالعه نیز نشان داد که ۵۸/۵ درصد افراد از مصرف هر روزه دارو ناراحت هستند و احساس بدی دارند که این می تواند به این علت باشد که این افراد باید مدام به فکر خوردن داروهایشان باشند و یک نگرانی روزانه برای خوردن داروهایشان دارند که می تواند روی زندگی آنها تاثیر منفی داشته باشد.

این پژوهش نشان داد که تبعیت دارویی در بیماران قلبی مراجعه کننده به درمانگاه امام رضا شیراز که داروی پرفشاری خون استفاده می کنند پایین است. به علاوه بیماران زمان خروج از منزل معمولاً داروهای خود را فراموش می کنند. لذا لازم است راهکارهایی برای یادآوری بیماران در نظر گرفت، از جمله این اقدامات عبارتند از: استفاده از بروشورهای قابل نصب روی یخچال و کابینت و یا ارسال پیام های یادآوری کننده زمان مصرف داروها به بیماران و همچنین می توان به بیماران توصیه کرد که جعبه های دارویی همراه را تهیه کنند تا خطر فراموشی مصرف دارو را به حداقل رسانند، که این موارد در مطالعه دیگری می تواند مورد بررسی قرار گیرد.

این مطالعه یک سری محدودیت ها داشت که عبارتند از: پژوهش حاضر به صورت مقطعی و در بازه زمانی کوتاه و روش نمونه گیری آسان انجام شده بود که نتایج ممکن

8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: awareness and treatment of uncontrolled hypertension among adults--United States, 2003-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012; 61:703-9.
9. Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, et al. An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials* 2007; 28(2):169-181.
10. Imanmanesh S, Edris Arbabshastan M, Dehghan M. The relationship between medication adherence and belief about medication in hypertensive patients referred to the health resource centers in Zahedan 2015, Kerman University of Medical Science. (Persian)
11. Wald DS, Bestwick JP, Raiman L, Brendell R, Wald NJ. Randomized trial of text messaging on adherence to cardiovascular preventive treatment (INTERACT trial). *PloS one* 2014; 9(12): 114268.
12. National Stroke Association. Medication adherence and compliance 2012. <http://www.stroke.org/stroke-resources/library/medication-adherence-and-compliance>. Cited in June 9; 2018.
13. Kripalani S, Schmotzer B, Jacobson TA. Improving medication adherence through graphically enhanced interventions in coronary heart disease (IMAGE-CHD): A randomized controlled trial. *Journal of General*
2. Baljani E, Rahimi Zh, Heidari SH, Azimpour A. The effects of self-management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. *Scientific Journal of Hamedan Burs Midwifery Faculty* 2012; 20(3): 58-68 (Persian).
3. Donyavi T, Naieni Kh, Nedjat S, Vahdaninia M, Najafi M, Montazeri A. Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction: A study from Iran. *International Journal for Equity in Health.* 2011; 10: 9.
4. Bobrow K, Brennan T, Springer D, Levitt NS, Rayner B, Namane M, et al. Efficacy of a text messaging (SMS) based intervention for adults with hypertension: protocol for the STAR (SMS Text-message Adherence support trial) randomized controlled trial. *BMC public health* 2014; 14: 28.
5. Theodor A, Harrison T. Hypertensive vascular diseases. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson L, Loscalzo J (editors). *Harrison's principles of internal medicine.* 18th ed. Machgra H; 2012; 2054-2058.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289(19): 2560-2571.
7. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Medical-Surgical Nursing.* 11th ed. Tehran: Heidary; 2014. P: 358-388

20. Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. A Study of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Relapse Prevention of Bipolar. *Clinical Psychology & Personality* 2011; 2(5): 49-64 (Persian).
21. Ma C. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Applied Nursing Research* 2016; 31: 94-99.
22. Shahinzadh A, Elahi N, Jahani S, Hakim A. Relationship of personal-social and therapeutic factors with medication compliance in TB patients in Ahwaz. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2012; 19(6): 726-735 (Persian).
23. Ezeala-Adikaibe BA, Mbadiwe N, Okudo G, Nwosu N, Nwobodo N, Onyebueke G, et al. Factors associated with medication adherence among hypertensive patients in a tertiary health center: A cross-sectional study. *Archives of Community Medicine and Public Health* 2017; 3(1): 24-311.
14. Asefzadeh S, Asefzadeh M, Javadi HR. Adherence to medical advice in patients referred to Bu Ali Sina-Qazvin Clinic. *Research in Medical Science* 2005; 10(6): 403 (Persian).
15. Vervloet M, Linn AJ, van Weert JC, De Bakker DH, Bouvy ML, Van Dijk L. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2012; 19(5): 696-704.
16. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Archives of internal medicine* 2007; 167(6): 540-549.
17. Gould E, Mitty E. Medication adherence is a partnership, medication compliance is not. *Geriatric Nursing*. 2010; 31(4): 290-298.
18. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clinical diabetes* 2006; 24(2): 71-77.
19. Doosti Irani M, Abazari P, Babaei S, Shahgholian N. Facilitators of adherence to self-management in type 2 diabetic patients: A phenomenological study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2009; 11(3): 257-264 (Persian).

Archive of SID

Cite this article as:

Zare S, Shams M, Fararouei M, Shariatinia S. Antihypertensive Drugs Adherence in Heart Diseases Patients Referred to the Imam Reza Clinic in Shiraz. *Sadra Med Sci J* 2018; 6(2): 151-160.