



The Level of Illness Perception and its Relationship with Adherence to the Medical Regimen in the Elderly with Hypertension

Sajjad Doust Mohammadi ¹, Kian Norouzi ^{2,*}, Asghar Dalvandi ², Mahdi Norouzi ³

¹ MSc Student, Department of Nursing, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Epidemiology, Psychological Research Center, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Kian Norouzi, Associate Professor, Department of Nursing, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran. E-mail: dr.kian_nourozi@yahoo.com

Received: 08 Aug 2017

Accepted: 06 Oct 2017

Abstract

Introduction: Hypertension is one of the major causes of disability. Illness perception is an important predictor for adherence to therapeutic regimens. The current study aimed at determining the relationship between adherence to a regimen and illness perception among elderly with hypertension.

Methods: The current descriptive, analytical, cross sectional study was performed on 325 elderly people with hypertension referring to the elderly health centers of Tehran, Iran, selected via the random cluster sampling method in 2016. The data gathering instrument was the demographic questionnaire, Morisky medication adherence scale (MMAS), and illness perception questionnaire-revised (BIPQ-r). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and regression coefficient with SPSS version 18.

Results: Pearson correlation coefficient showed that there was a significant direct correlation between perceived disease and adherence to treatment in the elderly with hypertension ($P < 0.001$, $r = 0.181$). Therefore, the older people with hypertension got higher scores in the perception test, and reported more adherence to medical regimens.

Conclusions: The results showed that there is a significant relationship between adherence to a regimen and illness perception. Therefore, strengthening the perception of the disease in order to increase adherence regimens in patient is considered as an important strategy in educational interventions.

Keywords: Adherence to a Regimen, Illness Perception, Elderly, Hypertension



درک از بیماری و ارتباط آن با پایداری به رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به فشار خون بالا

سجاد دوست محمدی^۱، کیان نوروزی^{۲*}، اصغر دالوندی^۲، مهدی نوروزی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: کیان نوروزی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل:

dr.kian_nourozi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۲۹

چکیده

مقدمه: فشار خون بالا، یکی از علل عمده ناتوانی است. ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد و می‌تواند تبعیت از درمان بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از مطالعه بررسی ارتباط بین پایداری به رژیم درمانی با درک از بیماری در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی بر روی ۳۲۵ نفر از سالمندان مبتلا به فشار خون مراجعه کننده به کانون‌های سلامت سالمندان شهر تهران با روش نمونه گیری تصادفی سیستمیک خوشه‌ای در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک، مقایس پایداری به درمان موریسکی (MMAS)، پرسشنامه کوتاه تجدید نظر شده ادراک بیماری (BIPQ-r) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون توسط نرم افزار آماری SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ادراک بیماری و پایداری به درمان در سالمندان مبتلا به فشار خون ارتباط معنادار و در جهت مستقیم وجود دارد ($P < 0.001$, $r = 0.181$) بنابراین هر چه سالمندان، درک بالاتری از بیماری پر فشاری خون داشته باشند، پایداری به درمان بیشتری را گزارش می‌کنند.

نتیجه گیری: درک از بیماری با پایداری به رژیم درمانی رابطه معناداری دارد و از طریق اندازه گیری سطح درک از بیماری می‌توان میزان پایداری سالمندان به رژیم درمانی را پیش‌بینی نمود. بنابراین تقویت ادراک بیماری به منظور افزایش تبعیت از درمان بیماران، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پایداری به رژیم درمانی، درک از بیماری، سالمندان، فشارخون بالا

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شیوع فشارخون در ایران حدود ۱۸٪ می‌باشد (۳). شیوع فشار خون بالا با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، بطوریکه بیش از نیمی از افراد ۶۰ تا ۶۹ سال و تقریباً سه چهارم افراد ۷۰ سال به بالا از این بیماری رنج می‌برند (۴). به موازات روند جهانی، در ایران نیز جمعیت سالمند در حال افزایش بوده و بعد از دو دهه آتی، ایران یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند

فشار خون بالا، به عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ در جهان شناخته می‌شود. این بیماری سبب حدود ۷/۵ میلیون مرگ در هر سال (۳) درصد کل مرگ و میر می‌شود (۱). بر طبق مطالعه انجام گرفته توسط Hyndrich و همکاران تا سال ۲۰۳۰، بیش از ۲۷ میلیون نفر از فشار خون بالا رنج خواهند برد که شیوع آن ۹/۹٪ بیشتر از سال ۲۰۱۰ خواهد بود (۲). براساس آخرین مطالعات ارائه شده،

سلامت سالمندان شهر تهران با روش نمونه گیری تصادفی سیستمیک خوشه‌ای در سال ۱۳۹۵ انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول فرمول حجم نمونه ۳۲۵ نفر تخمین زده شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2}$$

روش نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا از مناطق ۲۱ گانه شهر تهران، به طور تصادفی یک منطقه انتخاب شد. در مرحله بعد از میان کانون‌های سلامت سالمندی شهرداری در آن منطقه از طریق نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای ۵ کانون سلامت سالمندی شهرداری انتخاب شد و متناسب با تعداد سالمندان مراجعه کننده به هر یک از کانون‌های فوق الذکر، بصورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: سن بالای ۶۰ سال، نداشتن اختلالات روانپزشکی براساس اظهارات فردی ومدارک موجود، داشتن حداقل سوادخواندن و نوشتن، ابتلا به بیماری پرفشاری خون (فشارخون سیستولی ۱۴۰ mmHg یا بالاتر و یا فشارخون دیاستولی ۹۰ mmHg یا بالاتر که تحت درمان پزشک متخصص قلب بود)، مصرف منظم روزانه حداقل یک داروی ضد فشارخون و حداقل شش ماه، عدم مصرف داروی ضد فشارخون به صورت خودسرانه، عدم اعتیاد به دخانیات و مشروبات الکلی و رضایت برای شرکت در مطالعه. از معیارهای خروج، انصراف از تکمیل پرسشنامه بود. در پژوهش حاضر از سه پرسشنامه بررسی ویژگی‌های دموگرافیک، مقیاس پایبندی به درمان مورسکی (MMAS: Measure of Medication Adherence Self-reported)، پرسشنامه کوتاه تجدید نظر شده ادراک بیماری (BIPQ-r: Brief Illness Perception Questionnaire) استفاده شد. مقیاس پایبندی به درمان مورسکی (MMAS)، در سال ۲۰۰۶ توسط مورسکی و همکاران ساخته شد و شامل ۸ آیتم می‌باشد (۱۶). سوالات ۱ تا ۷ این مقیاس براساس تعداد پاسخ‌های "بله" (۱) و "خیر" (۰) نمره گذاری می‌شود. سؤال ۵ این مقیاس برای جلوگیری از سوگیری و تمایل شرکت کنندگان به دادن پاسخ‌های تکراری، به پاسخ بله نمره ۰ و پاسخ خیر نمره ۱ تعلق می‌گیرد. آیتم ۸ آن بر اساس مقیاس لیکرت از خیلی مخالفم (۰) تا خیلی موافقم (۴) نمره گذاری می‌شود. امتیاز کلی این پرسشنامه از ۰ تا ۸ می‌باشد و بدین صورت است که کمتر از ۶ نشان دهنده پایبندی ضعیف، نمره ۶ و ۷ پایبندی متوسط و نمره ۸ نشان دهنده پایبندی بالا می‌باشد (۱۷). روایی و پایایی این ابزار در نمونه‌های ایرانی به تأیید رسید (۱۲). پرسشنامه کوتاه تجدید نظر شده ادراک بیماری (BIPQ-r)، یک ابزار ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم شناختی و عاطفی بیماری طراحی شده و توسط بردبنت، پتریه و ویمن در سال ۲۰۰۶ ساخته شد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و براساس سه مورد "سبک زندگی"، "استرس" یا "ژنتیک" به عنوان علت بیماری شرکت کنندگان از ۱ تا ۳ رتبه بندی می‌شود. این ابزار چگونگی برداشت شرکت کنندگان از فشار خون بالا را به عنوان یک بیماری نشان می‌دهد. نمرات بالا در این پرسشنامه به معنی وجود دیدگاه تهدید آمیز نسبت به بیماری است (۱۸). فرم فارسی پرسش نامه ادراک بیماری توسط بزازیان

خواهد بود (۵). در راستای کنترل این بیماری، بیماران سالمند ۶۰ سال و بالاتر، در مقایسه با گروه غیر سالمند، از شرایط متعدد درمانی - اجتماعی رنج می‌برند، که معمولاً در نتیجه رژیم‌های دارویی پیچیده است (۶). همچنین، این افراد از کاهش توانایی‌های جسمی و شناختی که بر روی بینایی، شنوایی، و عملکرد قوی و مناسب شناختی آنها تأثیر می‌گذارد نیز رنج می‌برند (۷). عدم پایبندی به درمان به عنوان علت اولیه شکست در کنترل فشارخون بالا مورد توجه قرار گرفته است (۸، ۹). نمونه‌هایی از عدم پایبندی به درمان می‌تواند شامل عدم تهیه نسخه بصورت اولیه، مصرف دوز بالاتر یا پایین‌تر داروی تجویز شده و مصرف داروهایی که برای شخص دیگری تجویز شده است، باشد (۱۰). پژوهش‌های اخیر نشان دادند که در ۵۵ درصد از سالمندان، عدم پایبندی به درمان‌های دارویی تجویز شده توسط پزشک، رخ می‌دهد (۱۱). تبعیت از برنامه‌های درمانی و داروهای تجویز شده یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است، که در صورت عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده و در نتیجه نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان را خواهند داشت (۱۲). در این میان یکی از مهمترین عوامل، نقش ادراک بیماری است. منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد (۱۳). بندورا در این زمینه می‌نویسد درک از بیماری یک پارچوب مهم را جهت بررسی عقاید بیماران و نحوه تأثیر اجزای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌نماید (۱۴). مطالعات مختلفی رابطه بین ادراک بیماری و تبعیت از درمان مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد که درک از بیماری و عقاید مثبت درخصوص درمان در سالمندان مبتلا به فشارخون با تبعیت از درمان بالا همراه است (۱۵). همچنین مطالعه دیگر نشان داد که ادراک بیماری با تبعیت از درمان در ارتباط است (۱۰). اما در ایران، مطالعه‌ای که ارتباط این دو متغیر را در سالمندان بسنجد وجود ندارد. در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا، عدم پایبندی به درمان، نگرانی درحال رشدی برای درمانگران، سیستم‌های مراقبت بهداشتی و سایر ذینفعان به وجود آورده است که علت آن، شواهد شایع و مرتبط با نتایج نامطلوب و هزینه‌های بالای مراقبت می‌باشد (۶). در برخی از کشورها با اجرای طرح‌های گسترده و اقدامات مداخله‌ای به موفقیت‌هایی در زمینه کنترل این بیماری دست یافته‌اند، ولی در ایران، میزان کنترل بیماری چندان قابل توجه نبوده است (۳). در این بین، ادراک و باور بیماری، در موفقیت و عدم موفقیت درمان مؤثر می‌باشد. بنابراین با بررسی و ارزیابی درک بیماری در سالمندان و تأثیر آن در روند درمان می‌توان گام مهمی در برنامه ریزی برای کنترل و درمان فشارخون بالا در سالمندان برداشت. لذا محقق بر آن شد مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط بین درک از بیماری با پایبندی به رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به فشارخون انجام دهد.

روش کار

مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی بر روی ۳۲۵ نفر از سالمندان مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به کانون‌های

آزمون ادراک بیماری نمره بالاتری کسب کنند، پایداری به درمان بیشتری را گزارش می‌کنند. نتایج با استفاده از ضرایب رگرسیون استاندارد شده نشان داد که متغیر پیش بینی ادراک بیماری، به صورت مستقیم پیش بینی کننده پایداری به درمان در سالمندان مبتلا به فشار خون می‌باشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که شاخص تحمل واریانس (Tolerance) مناسب و $VIF < 10$ است که بیانگر آن است که هیچگونه هم خطی بین متغیرها وجود ندارد (جدول ۲).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به فشار خون انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین درک از بیماری و پایداری به رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به فشار خون بالا رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج بررسی پایداری به رژیم دارویی واحدهای مورد پژوهش حاکی از پایداری نسبتاً بالای افراد مورد بررسی به رژیم دارویی بود. در زمینه پایداری به رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به فشار خون، نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که در کشورهای شرقی، حمایت از رژیم درمانی از سوی اعضای شبکه اجتماعی و اطرافیان سالمند مبتلا به فشار خون، نسبت به فرهنگ فردگرای غربی، دارای تاثیرات کمک کننده بیشتری می‌باشد؛ چرا که در فرهنگ شرقی، بیماری‌های جسمانی حمایت‌ها و مراقبت‌های بیشتری را از سوی فرزندان و دیگر اطرافیان به همراه دارد (۲۰). همچنین نتایج حاکی از آن است که، زمینه فرهنگی در ایجاد تجربه زندگی با بیماری فشار خون بالا و پایبند بودن به درمان آن، اهمیت بسیاری دارد. در فرهنگ ایرانی که اغلب خانواده‌ها از نوع گسترده می‌باشند، با توجه به نقش خانواده و اطرافیان در زندگی افراد، پایداری به رژیم درمانی شکل عمیق‌تری به خود می‌گیرد و اکثر اوقات بیماری جسمانی، دخالت‌های نامناسبی را از سوی خانواده‌های وابسته در زمینه داروهای مصرفی و فعالیت‌های مرتبط با رژیم درمانی برمی‌انگیزد (۲۱). بنابراین قابل پیش بینی است که سالمندان مبتلا به فشار خود در جامعه ایرانی، نگرانی‌های گسترده‌ای را در رابطه با اعتقاد به درمان و پایداری به رژیم دارویی گزارش کنند.

با روایی و پایایی مناسب بومی سازی شده است (۱۹). پژوهشگر بعد از اخذ مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به شهرداری تهران، ابتدا از مناطق ۲۱ گانه شهر تهران، به طور تصادفی یک منطقه (منطقه ۱۹) انتخاب شد. در مرحله بعد، از میان کانون‌های سلامت سالمندی شهرداری در منطقه ۱۹ شهر تهران که تعدادشان ۱۳ عدد بود، نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انجام شد؛ بدین صورت که تعداد ۵ کانون سلامت سالمندی شهرداری در منطقه ۱۹، به صورت تصادفی و خوشه انتخاب شدند. متناسب با تعداد سالمندان مراجعه کننده به هر یک از کانون‌های فوق الذکر، ۳۲۵ آزمودنی واجد شرایط بصورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگر بعد از ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه، روش انجام کار و حفظ بینامی و محرمانه ماندن اطلاعات، فرم رضایت نامه آگاهانه را از آن‌ها دریافت نمود و پرسشنامه‌های مطالعه را در اختیار آزمودنی‌ها قرار داد. داده‌های مطالعه پس از جمع آوری با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری برای تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران $4/95 \pm 67/87$ بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش را مرد (۵۵٪)، متأهل (۹۰/۲٪) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۸۲/۵٪) و سطح درآمد اکثر آن‌ها (۶۰٪) یک تا یک و نیم میلیون تومان بود. نتایج نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمرات پایداری به درمان و ادراک از بیماری در واحدهای مورد پژوهش به ترتیب برابر با $2/27 \pm 5/21$ و $13/47 \pm 51/46$ می‌باشد. همچنین نتایج بررسی پایداری به رژیم دارویی واحدهای مورد پژوهش حاکی از پایداری نسبتاً بالای افراد مورد بررسی به رژیم دارویی بود. (جدول ۱).

همچنین نتایج با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین ادراک بیماری و پایداری به درمان در سالمندان مبتلا به فشار خون ارتباط معناداری در جهت مستقیم وجود دارد ($P < 0/01$, $r = 0/181$). بنابراین هرچه سالمندان مبتلا به فشار خون در

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از مقیاس پایداری به درمان موربسی و پرسشنامه ادراک بیماری

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
پایداری به درمان	۳۲۵	۵/۲۱	۲/۲۷	۱	۸
ادراک بیماری	۳۲۵	۵۱/۴۶	۱۳/۴۸	۲۸	۷۴

جدول ۲: ضرایب رگرسیون استاندارد شده

متغیرهای پیش بینی	SE	Beta	T	سطح معنی داری	شاخص تحمل	VIF
ادراک بیماری	۰/۰۹	۰/۱۴۹	۲/۷۱۴	۰/۰۰۷	۰/۹۶۵	۱/۰۳۶

هیجانی بودن، درک خطر پایین و عدم توجه به پیامد رفتار، پیامدهای منفی به همراه دارد که باعث ضعف در حل مسائل، پردازش هیجانی ضعیف، تحریک پذیری و همچنین رشد ویژگی‌های رفتاری خاص می‌شود که باعث مختل شدن پایداری به دستورات مراقبت شخصی و در سطحی خاص‌تر، پایداری به رژیم درمانی می‌گردد (۳۱). در نتیجه زمانی که ادراک مناسبی از پیامدهای بیماری وجود ندارد، احتمال کمتری وجود دارد که شخص از رفتارهای مراقبت کننده سلامت پیروی کند و برای بدست آوردن لذت‌ها و خواسته‌های موقت و لحظه‌ای، دستورات پزشک معالج را نادیده می‌گیرد. به عبارت دیگر، افراد به علت ادراک خطر پایین در رابطه با بیماری، از دستورات درمانی پزشک معالج سرپیچی نموده و از رفتارهای مخالف با رژیم درمانی به عنوان وسیله سودمندی برای بدست آوردن خواسته‌هایشان استفاده می‌کنند (۳۲). بنابراین قابل پیش بینی است که زمانی که ادراک بیماری پایین باشد، احتمال پایداری به رژیم درمانی نیز کاهش یابد. از محدودیت‌های این پژوهش این است که آزمون‌های بکار رفته در تحقیق حاضر، آزمون‌های خودسنجی هستند. در این خودسنجی توانایی‌ها و خصیصه‌های مورد سنجش، بر درک فرد از خود مبتنی است و به عبارت دیگر، ارتباط نزدیکی با «خودپنداره» فرد دارد و در صورتی که خودپنداره فرد منطبق با واقعیت نباشد، این گونه مقیاس‌ها نمی‌توانند به خوبی ویژگی‌ها و توانایی‌های واقعی فرد را انعکاس دهند و تنها بیانگر درک فرد از خود هستند. همچنین با توجه به زمینه‌یابی بودن تحقیق حاضر، شاید محقق نتوانسته باشد تصویر کاملی از نحوه تأثیر متغیرهای درک از بیماری و باور به درمان بر پایداری به رژیم درمانی در جامعه سالمندان مبتلا به فشارخون ایرانی ارائه کند. از محدودیت دیگر این پژوهش، عدم شرکت سالمندان مبتلا به فشارخون از طبقه اجتماعی-اقتصادی بالا در این برنامه بود که تعمیم پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود که عوامل اثر گذار بر این پدیده از قبیل فرایند شکل گیری بیماری، حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیر رسمی، عملکرد خانواده گسترده و متغیرهای شخصیتی مختلف باید در پژوهشی گسترده‌تر، چه از لحاظ زمانی و چه از نظر حجم نمونه، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

بین درک از بیماری و پایداری به رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین پایداری به رژیم دارویی واحدهای مورد پژوهش حاکی از پایداری نسبتاً بالای افراد مورد بررسی به رژیم دارویی بود. این نتایج نشان‌دهنده اهمیت آگاهی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از پاسخ همراه با نگرانی و عدم اطمینان بیماران سالمند مبتلا به فشارخون، هنگامی که درمان را جستجو می‌کنند و همچنین نیاز به حمایت اضافی برای مراقبت از وضعیت روانی آن‌ها می‌باشد. فهم ماهیت پروفایل روانشناختی سالمندان مبتلا به فشارخون می‌تواند به تیم درمانی این افراد در درک پاسخ‌های بیماران در مواجهه با مشکلات مرتبط با رژیم دارویی و همچنین طراحی منابع حمایتی برای پیشگیری از مراجعه مجدد آن‌ها کمک کننده باشد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و اقدامات با هدف بهبود درک از بیماری در راستای افزایش پایداری آن‌ها به رژیم دارویی و درمانی حمایت می‌کند.

یافته‌های سنجش درک از بیماری سالمندان شرکت کننده در تحقیق حاضر نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان عضو نمونه تحقیق، ادراک خود را از بیماری، متوسط و بالاتر از آن گزارش می‌کنند. این نتایج با یافته‌های Angell (۲۰۰۶) که بر تأثیرات تجربه فشارخون بالا بر توجه دقیق به علائم بیماری و متمرکز شدن بر آن تأکید کرده‌است، همخوانی دارد (۲۲). همچنین این یافته‌های تحقیق با اشارات Christensen & Moran (۲۰۱۳) مبنی بر بالاتر بودن نگرانی در بیماران مبتلا به فشارخون سالمند نسبت به جامعه عادی، هماهنگ است (۲۳). این یافته تحقیق همچنین از مطالعه Sharpe & Curran (۲۰۰۶) که در آن میزان ادراک بیماری در بیماران مبتلا به فشارخون سالمند دو برابر مبتلایان به فشارخون جوان گزارش شده‌است، حمایت می‌کند (۱۱). ادراک منطقی از بیماری و باور به درمان مناسب از یک سو با افزایش آگاهی از ویژگی‌های بیماری و درمان، باعث کاهش آشفتگی هیجانی در سالمند مبتلا به فشارخون در برخورد با مسائل پیش بینی نشده مرتبط با بیماری می‌گردد و از سوی دیگر با تنظیم کردن الگوهای مصرف دارو و ملاقات با پزشک، بهبود فرایند دارودرمانی را موجب می‌شود که این به نوبه خود باعث بهبود پایداری به درمان می‌گردد. همچنین در پاسخ به هدف مطالعه "ارتباط بین درک از بیماری و پایداری به رژیم درمانی در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا" نتایج حاکی از آن بود که بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود دارد. این یافته پژوهش با نتایج تحقیق Kocurek (۲۰۰۹)، Park و همکاران (۲۰۱۰)، Wheeler & Waterhouse (۲۰۰۶)، Holland و همکاران (۲۰۰۷) و سید رسولی و همکاران (۱۳۹۲) که آن‌ها نیز به رابطه درک از بیماری و پایداری به رژیم درمانی اشاره کرده‌اند، هم راستا می‌باشد (۲۴-۲۸). مکانیسم‌های محافظ مختلفی برای تبیین تأثیرات درک از بیماری و بر پایداری به رژیم درمانی مطرح شده‌اند. غالب این مکانیسم‌ها در دو مقوله جمع بندی شده‌اند که عبارتند از عوامل جسمانی و میانجی گره‌های روانی. در رابطه با عوامل جسمانی، عاملی که بیشترین حمایت تجربی را بدست آورده است، فعالیت کمتر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در افرادی که ادراک منطقی از بیماری دارند و از باور به درمان مناسب برخوردارند، می‌باشد (۲۹). در رابطه با میانجی گره‌های روانی که واسطه بین درک از بیماری و پایداری به رژیم درمانی می‌شوند، می‌توان به عوامل روانی اشاره کرد که درک از بیماری بر روی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر، این عوامل بر پایداری به رژیم درمانی تأثیر می‌گذارند. محمدپور و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که عدم آگاهی در مورد بیماری از جمله عواملی است که با عدم پایداری به رژیم درمانی رابطه دارد (۳۰).

نتایج پژوهش مبنی بر رابطه ادراک بیماری و پایداری به رژیم درمانی را، می‌توان با توجه به نظریه‌های شناختی توصیف کننده عوامل تأثیرگذار بر بروز یک رفتار تبیین نمود. در نظریه‌ها و مدل‌های شناختی فرض بر این است که ویژگی‌ها و سازمان ادراکی افراد، منجر به شکل گیری برخی ویژگی‌های رفتاری می‌گردد که پیامدهای مختلفی در بر دارد. برخی از این ویژگی‌ها و سازمان‌های ادراکی مانند حسی بودن،

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی

که تأمین کننده هزینه این پژوهش بودند و همچنین از مسولان کانون‌های سلامت سالمندی شهرداری در منطقه ۱۹ شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

References

1. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
2. Heidenreich PA, Trogdon 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/)
3. Cardiology ISSo. National guidelines for prevention, evaluation and treatment of high blood pressure. Iran: Iranian Scientific Society of Cardiology; 2015.
4. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13. PMID: [7875754](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7875754/)
5. Imani A, Dastgiry S. Population aging and burden of diseases (review study). *Health Image*. 2015;6(2):54-61.
6. Nolte E, McKee M. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead: Open House Univeristy; 2008.
7. Cargill JM. Medication compliance in elderly people: influencing variables and interventions. *J Adv Nurs*. 1992;17(4):422-6. PMID: [1578063](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1578063/)
8. 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/)
9. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation*. 1997;95(4):1085-90. PMID: [9054774](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9054774/)
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. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med*. 2006;62(5):1153-66. DOI: [10.1016/j.socscimed.2005.07.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010) PMID: [16112783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16112783/)
12. Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The Assessment of Illness Perception and Adherence to Therapeutic Regimens among Patients with Hypertension. *Journal of Education and Community Health*. 2017;3(2):9-15. DOI: [10.21859/jech-03022](https://doi.org/10.21859/jech-03022)
13. 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.
14. Ornatsky OI, Baranov VI, Bandura DR, Tanner SD, Dick J. Messenger RNA Detection in Leukemia Cell lines by Novel Metal-Tagged in situ Hybridization using Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry. *Transl Oncogenomics*. 2006;1:1-9. PMID: [23662035](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23662035/)
15. 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/)
16. Ameli F. [A study on the effectiveness of couples in increasing the marital satisfaction of the elderly]. Torbat Jam: Islamic Azad University; 2014
17. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. PMID: [18453793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18453793/)
18. 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/)
19. 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)
20. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care*. 2007;16(3):222-35; quiz 36. PMID: [17460313](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17460313/)
21. Zarani F. [The effectiveness of the model IBM on the follow-up of cardiovascular patients undergoing bypass surgery]. Tehran: University of Tehran; 2007
22. Angell B. Measuring strategies used by mental health providers to encourage medication adherence. *J Behav Health Serv Res*. 2006;33(1):53-72. DOI: [10.1007/s11414-005-9000-4](https://doi.org/10.1007/s11414-005-9000-4) PMID: [16636908](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16636908/)
23. Christensen AJ, Moran PJ. Psychological aspects of end-stage renal disease. In: Bellack A, editor. *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon; 2008. p. 321-38.
24. Kocurek B. Promoting Medication Adherence in Older Adults ... and the Rest of Us. *Diabetes Spectr*. 2009;22(2):80-4. DOI: [10.2337/diaspect.22.2.80](https://doi.org/10.2337/diaspect.22.2.80)

25. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, et al. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J.* 2010;34(1):55-65. DOI: [10.4093/kdj.2010.34.1.55](https://doi.org/10.4093/kdj.2010.34.1.55) PMID: [20532021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20532021/)
26. Wheeler EC, Waterhouse JK. Telephone interventions by nursing students: improving outcomes for heart failure patients in the community. *J Community Health Nurs.* 2006;23(3):137-46. DOI: [10.1207/s15327655jchn2303_1](https://doi.org/10.1207/s15327655jchn2303_1) PMID: [16863399](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16863399/)
27. Holland R, Brooksby I, Lenaghan E, Ashton K, Hay L, Smith R, et al. Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *BMJ.* 2007;334(7603):1098. DOI: [10.1136/bmj.39164.568183.AE](https://doi.org/10.1136/bmj.39164.568183.AE) PMID: [17452390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17452390/)
28. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iran J Crit Care Nurs.* 2013;6(2):77-86.
29. Soundy A, Muhamed A, Stubbs B, Probst M, Vancampfort D. The benefits of walking for individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Int J Ther Rehabil.* 2014;21(9):410-20. DOI: [10.12968/ijtr.2014.21.9.410](https://doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.9.410)
30. Mohammad Pour A, Dehgan Naieri N. The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers. *Horiz Med Sci.* 2007;12(4):34-9.
31. Payne J, Bettman J, Luce M. Behavioral decision making research : An overview. *Meas Jung Dec Making.* 2010;30:1-45.
32. Johnson SL, Turner RJ, Iwata N. BIS / BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *J Psychopathol Behav Assess.* 2003;25(1):25-36. DOI: [10.1023/a:1022247919288](https://doi.org/10.1023/a:1022247919288)

Archive of SID