

Self-Care Assessment of Patients with Hypertension in Qom City in 2016 (Iran)

Sajjad Rezvan¹, Mahsa Besharati¹, Mohsen Khodadadpoor², Mohammad Matlabi³, Azam Fathi⁴, Amrolah Salimi⁵, Fatemeh Rajati⁶, Siamak Mohebi^{4*}

¹Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Faculty of Medicine, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

³Department of Public Health, Faculty of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

⁴Department of Health Education & Health Promotion, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁵Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁶Department of Health Education & Health Promotion, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

*Corresponding Author:
Siamak Mohebi,
Department of Health Education & Health Promotion, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
mohebisiamak@yahoo.com

Received: 19 Oct, 2017

Accepted: 5 Apr, 2018

Abstract

Background and Objectives: Nutritional awareness and other factors affecting blood pressure, and also perception of self-care in hypertension are important factors for controlling blood pressure. This study aimed to determine the factors affecting self-care in patients with hypertension.

Methods: In this descriptive analytical cross-sectional study, 315 hypertensive patients in Qom city, were selected from patients referring to health centers using multistage sampling. The data collection tool was a two-part questionnaire: demographic information and self-care. Data were analyzed using independent t-test, Pearson correlation coefficient, ANOVA, and Duncan's test.

Results: The mean age of the patients was 53.59 years and the duration of the disease was 7.54 years. Only 5.1% of the patients had removed salt from their diet during the whole week, and 27.9% of the patients had performed no sport activities during the week; 4.1% had never used their medicines on time; Self-care status was reported to be poor in 27.9% of the subjects, in 68.6% moderate, and in 3.5% good. The mean self-care score was not significantly different from gender and marital status, and family history, but had a significant difference with education, occupation, family history of high blood pressure, and history of receiving educational program ($p < 0.05$). Moreover, there was a significant reverse correlation between age and self-care ($r = -0.273$, $p < 0.001$) and between the duration of high blood pressure and self-care ($r = -0.28$, $p = -0.041$).

Conclusion: According to the results, the status of self-care behaviors in patients with hypertension is not at appropriate level. Therefore, it is necessary to emphasize the severity and seriousness of these behaviors and possible complications in the educational program with taking into account the above issue.

Keywords: Hypertension; Self-care; Qom, Iran.

ارزیابی خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم، سال ۱۳۹۵

سجاد رضوان^۱، مهسا بشارتی^۱، محسن خدادادپور^۲، محمد مطلبی^۳، اعظم فتحی^۴، امراله سلیمی^۵، فاطمه رجعتی^۶، سیامک محبی^{۷*}

چکیده

زمینه و هدف: آگاهی تغذیه‌ای و سایر عوامل مؤثر بر فشارخون، همچنین درک خودمراقبتی در بیماری پرفشاری خون به‌عنوان عاملی محوری برای کنترل فشارخون، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی (مقطعی)، تعداد ۳۱۵ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم (سال ۱۳۹۵) به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی شامل: اطلاعات دموگرافیک و قسمت خودمراقبتی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، واریانس و آزمون دانکن تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران، ۵۳/۵۹ سال و مدت ابتلا به این بیماری، ۷/۵۴ سال بود. ۵/۱٪ بیماران در کل طول هفته، نمک را از برنامه غذایی حذف کرده و ۲۷/۹٪ نیز در هیچ‌کدام از فعالیت‌های ورزشی در طول هفته شرکت نکرده بودند. ۴/۱٪ آنها هیچ‌گاه داروهای خود را به‌موقع مصرف نمی‌کردند. در ۲۷/۹٪ افراد وضعیت خودمراقبتی ضعیف، ۶۸/۶٪ متوسط و در ۳/۵٪ خوب گزارش شد. میانگین نمره خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری با جنس، وضعیت تأهل و سابقه خانوادگی نداشت، ولی با تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی، ابتلا به فشارخون بالا و سابقه دریافت برنامه آموزشی، تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). همچنین همبستگی معکوس معنی‌داری بین سن و خودمراقبتی ($r = -0/273$ ، $p < 0/001$)، بین مدت ابتلا به فشارخون بالا و خودمراقبتی ($r = -0/278$ ، $p = 0/041$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، وضعیت رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در بین مبتلایان، وضعیت مناسبی ندارد. بنابراین، لازم است در برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن مسئله فوق بر شدت و جدیت این رفتارها و عوارض احتمالی انجام نشدن آنها برای فرد تأکید گردد.

کلید واژه‌ها: پرفشاری‌خون؛ خودمراقبتی؛ قم، ایران.

^۱دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲دانشکده پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

^۳گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

^۴گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۵گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۶گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

سیامک محبی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

mohebisiamak@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱/۱۶

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, et al.
Self-care assessment of patients with hypertension in Qom City in 2016 (Iran).
Qom Univ Med Sci J 2018;12(4):72-80. [Full Text in Persian]

ناچیز است (۱۳). بدیهی است کنترل فشارخون به درجه معینی از خودمراقبتی نیاز دارد. فرآیند خودمراقبتی شامل: کنترل منظم فشارخون، کاهش نمک مصرفی، سیگار نکشیدن، انجام ورزش، دوری از فشارهای روحی و روانی، تغذیه سالم و کاهش وزن می‌باشد.

مطالعات زیادی نشان داده‌اند پرفشاری خون، حاصل عملکرد متغیرهایی نظیر کشیدن سیگار، مصرف بالای نمک، عدم تحرک جسمانی به میزان کافی، تنش، چاقی و مصرف بالای چربی‌های اشباع‌شده است (۱۵). در همین راستا، در مطالعه‌ای مروری، داده‌های حاصل از آنالیزهای آماری با بهره‌گیری از نتایج مطالعات پیشین نشان داد مداخلات خودتنظیمی بیماری پرفشاری خون بسیار سودمند است، به طوری که در نتیجه خودتنظیمی، فشارخون سیستولیکی ۵ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولیکی به میزان ۳/۴ میلی‌متر جیوه کاهش می‌یابد (۱۶). با این وجود، مطالعات جامعی در خصوص وضعیت انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون در مبتلایان به پرفشاری خون با در نظر گرفتن عوامل تأثیرگذار بر این مسئله در کشور انجام نشده است. با توجه به اهمیت شناخت وضعیت انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون جهت طراحی مداخلات آموزشی مؤثر، این مطالعه با هدف ارزیابی خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهر قم صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی (مقطعی) بر روی تمامی بیماران مبتلا به فشارخون بالای شهر قم در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۳۱۵ بیمار مبتلا به فشارخون بالا (فشارخون سیستولی، ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر و فشارخون دیاستولی، ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر) مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر قم در مطالعه شرکت کردند. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود. بدین منظور شهر قم برحسب مناطق جغرافیایی به ۶ منطقه تقسیم و به طور تصادفی، ۳ منطقه انتخاب شد. سپس از هر منطقه، ۳ مرکز سلامت به صورت تصادفی انتخاب گردید. با مراجعه به مراکز سلامت برگزیده، از بیماران مبتلا به فشارخون بالا که در سامانه سبب مراکز ثبت شده بودند، به صورت در دسترس دعوت به همکاری شد.

پرفشاری خون، یک بیماری شایع بوده که اغلب بدون علامت و قابل درمان است. عدم درمان این بیماری، اغلب به عوارض مرگ‌بار منتهی می‌شود (۱). با روند رو به افزایش میانگین سنی و میزان چاقی در جوامع، بروز پرفشاری خون در حال افزایش است. این روند نه تنها در کشورهای توسعه‌یافته، بلکه در کشورهای در حال توسعه نیز مشاهده می‌شود (۳،۲). عوامل محیطی و ژنتیکی ممکن است به تفاوت منطقه‌ای و نژادی فشارخون، همچنین شیوع پرفشاری خون کمک کنند (۴) بررسی‌های مختلف حاکی از افزایش چشمگیر در شیوع پرفشاری خون در خاورمیانه است (۶،۵). در ایران نیز شیوع فشارخون بالا در بزرگسالان، ۲۵-۳۵٪ گزارش شده است (۸،۷).

پرفشاری خون، دومین عامل خطری است که بیشترین بار بیماری به آن نسبت داده می‌شود. در سال ۲۰۰۰، بار قابل‌انتساب به پرفشاری خون، ۴/۴٪ (معادل ۶۴ میلیون DALY) برآورد شد که این میزان برای سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰ به ترتیب ۱/۷٪ (معادل ۲۵ میلیون DALY) و ۱/۹٪ (معادل ۲۷ میلیون DALY) گزارش گردید (۹). شیوع بالای پرفشاری خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی بر ارگان‌های بدن، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی تمامی جوامع تبدیل کرده است (۹). در پی ایجاد فشارخون، کنترل فشارخون بالا از اهمیت خاصی برخوردار است تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشارخون به حداقل برسد. با وجود اینکه پیشگیری و درمان پرفشاری خون مورد توجه قرار گرفته و راهکارهای مشخصی برای درمان آن ارائه شده (۱۱،۱۰) که می‌توان به در دسترس بودن بیش از ۱۰۰ نوع داروی متفاوت فشارخون که کارایی همگی به اثبات رسیده اشاره کرد، اما همچنان آمار گزارش شده در این زمینه، ناامیدکننده است (۱۲)؛ به طوری که میزان موفقیت برای کنترل فشارخون در آمریکا تنها ۲۷٪ گزارش شده و در انگلستان، فرانسه و آلمان این میزان کمتر از مقدار فوق بوده است (۱۳). گزارش‌ها پزشکی نشان می‌دهد شکست در کنترل فشارخون، ریشه در عدم تمکین و تبعیت از دستورات تیم درمانی دارد (۱۴). در بیشتر تحقیقات به بررسی در مورد تمکین دارویی پرداخته شده و یافته‌ها در مورد فرآیند تصمیم‌گیری در زمینه خودمراقبتی فشارخون توسط بیمار بسیار

Archive of SID

جهت پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد و در مرحله پایلوت با شرکت ۲۵ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون بالا (مشابه نمونه‌های پژوهش) ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ به دست آمد.

نمونه‌ها با اطلاع از اهداف مطالعه و با رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند و پرسشنامه‌ها بدون درج مشخصات فردی جمع‌آوری شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹، آزمون‌های تی مستقل، واریانس، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد بررسی، $53/59 \pm 10/30$ سال بود. ۶۴/۸٪ نمونه‌ها (۲۰۴ نفر) مؤنث و ۸۹/۸٪ (۲۸۳ نفر) متأهل بودند. بیشتر نمونه‌ها، ۳۰/۸٪ (۹۷ نفر) دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۳٪ (۱۰۴ نفر) خانه‌دار بودند. میانگین مدت ابتلا به فشارخون بالا، $7/54 \pm 6/57$ سال برآورد شد.

جدول شماره ۱ جزئیات کامل مشخصات فردی نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به فشارخون بالای اولیه، داشتن سن بین ۶۰-۳۰ سال و بودن تحت درمان دارویی. بیماران مبتلا به فشارخون بالای ثانویه، سن بیشتر از ۶۰ سال و کمتر از ۲۰ سال، همچنین بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها (دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی) از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل: سؤالات مربوط به مشخصات دموگرافیک و نیز سؤالات خودمراقبتی درخصوص فشارخون بالا بود. سؤالات مشخصات دموگرافیک شامل: سن، جنس، میزان تحصیلات و سابقه بیماری در خانواده بود. سؤالات خودمراقبتی به صورت محقق‌ساخته طراحی شد و شامل ۱۰ آیتم بود که هر آیتم یک فعالیت خودمراقبتی را برحسب انجام آن در طی یک‌هفته بررسی می‌کرد، به هرگونه برحسب انجام آن در طی هفته، امتیاز ۷-۰ تعلق می‌گرفت؛ لذا دامنه اکتساب پرسشنامه بین ۷۰-۰ نمره بود. جهت توصیف نمرات، کسب نمره بین ۲۳/۳-۰ به عنوان خودمراقبتی ضعیف، نمره بین ۴۶/۶-۲۳/۳ خودمراقبتی متوسط و نمره بین ۷۰-۴۶/۶ به عنوان خودمراقبتی مطلوب در نظر گرفته شد.

تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه سازمان‌یافته توسط مصاحبه‌گر آموزش‌دیده صورت گرفت. پرسشنامه اولیه (مشمول بر ۱۵ سؤال) بعد از تهیه بانک سؤالات و بررسی روایی صوری و محتوایی آن از سوی پانل متخصصان (شامل: ۶ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه)، به ۱۰ سؤال تقلیل یافت.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد بررسی برحسب جنس، وضعیت تأهل، تحصیلی و شغل

مشخصات فردی	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۱۱۱ / ۳۵/۲٪
	مؤنث	۲۰۴ / ۶۴/۸٪
وضعیت تأهل	مجرد	۳۲ / ۱۰/۲٪
	متأهل	۲۸۳ / ۸۹/۸٪
	ابتدایی	۹۷ / ۳۰/۸٪
وضعیت تحصیلی	راهنمایی	۵۲ / ۱۶/۵٪
	متوسطه	۵۵ / ۱۷/۵٪
	دانشگاهی	۹۰ / ۲۸/۶٪
	حوزوی	۲۱ / ۶/۷٪
شغل	کارمند	۸۴ / ۲۶/۷٪
	کشاورز	۱۱ / ۳/۵٪
	خانه‌دار	۱۰۴ / ۳۳٪
	آزاد	۷۰ / ۲۲/۲٪
بازنشسته	۴۶ / ۱۴/۶٪	

جدول شماره ۲ نتایج گویه‌های خودمراقبتی را برحسب روزهای هفته نشان می‌دهد.

۶۵/۴٪ (۲۰۶ نفر) دارای سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون بالا بودند. همچنین ۲۲/۵٪ (۷۱ نفر) نمونه‌ها سابقه دریافت برنامه آموزشی را داشتند و مابقی این موضوع را گزارش نکردند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی وضعیت خودمراقبتی نمونه‌های مورد بررسی برحسب ایام هفته

آیتم‌های خودمراقبتی	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)
حذف نمک از غذا	۵/۱ (۱۶)	۱۰/۲ (۳۲)	۳۷/۸ (۱۱۹)	۱۵/۹ (۵۰)	۱۱/۱ (۳۵)	۸/۳ (۲۶)	۶/۷ (۲۱)	۵/۱ (۱۶)
پیروی از برنامه تغذیه سالم	۱/۳ (۴)	۲/۹ (۹)	۱ (۳)	۷/۳ (۲۳)	۲۳/۲ (۷۳)	۲۶/۷ (۸۴)	۲۶ (۸۲)	۱۱/۷ (۳۷)
مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها	۴/۴ (۱۴)	۷/۹ (۲۵)	۱۳/۳ (۴۲)	۲۶ (۸۲)	۱۲/۷ (۴۰)	۲۰/۶ (۶۵)	۹/۸ (۳۱)	۵/۱ (۱۶)
مصرف روغن نباتی جامد	۷۲/۱ (۲۲۷)	۱۷/۸ (۵۶)	۷/۷ (۲۵)	۲/۲ (۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
فعالیت ورزشی	۲۷/۹ (۸۸)	۱۲/۷ (۴۰)	۱۸/۴ (۵۸)	۲۳/۲ (۷۳)	۲/۹ (۹)	۷/۹ (۲۵)	۲/۹ (۹)	۴/۱ (۱۳)
چک کردن فشار خون	۴۱/۳ (۱۳۰)	۵۰/۲ (۱۵۸)	۴/۴ (۱۴)	۱/۹ (۶)	۱/۳ (۴)	۱ (۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
مصرف به‌موقع داروها	۴/۱ (۱۳)	۳/۵ (۱۱)	۶/۷ (۲۱)	۹/۸ (۳۱)	۱۸/۱ (۵۷)	۲۲/۹ (۷۲)	۱۸/۴ (۵۸)	۱۶/۵ (۵۲)
دور بودن از فشارهای عصبی	۲/۲ (۷)	۶/۳ (۲۰)	۲۶ (۸۲)	۲۱/۹ (۶۹)	۱۸/۴ (۵۸)	۱۳ (۴۱)	۹/۵ (۳۰)	۲/۵ (۸)
دور بودن از دود سیگار	۱۳/۷ (۴۳)	۰/۶ (۲)	۴/۸ (۱۵)	۵/۷ (۱۸)	۱۱/۴ (۳۶)	۱۵/۹ (۵۰)	۱۵/۶ (۴۹)	۳۲/۴ (۱۰۲)
مصرف غذاهای آماده	۵/۱ (۱۶)	۱۰/۲ (۳۲)	۳۷/۸ (۱۱۹)	۱۵/۹ (۵۰)	۱۱/۱ (۳۵)	۸/۳ (۲۶)	۶/۷ (۲۱)	۵/۱ (۱۶)

میزان تحصیلات ($p < 0/001$)، همچنین شغل، تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p = 0/007$). براساس آزمون تعقیبی دانکن، میانگین نمره خودمراقبتی بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی و متوسطه به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌ها بود. همچنین میانگین نمره خودمراقبتی بیماران کارمند و نیز خانه‌دار، به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌های شغلی گزارش شد (جدول شماره ۳).

میانگین نمره خودمراقبتی در این مطالعه، $28/33 \pm 8/15$ نمره با حداقل و حداکثر ۱۴ و ۶۳ نمره بود؛ به‌طوری‌که ۲۷/۹٪ نمونه‌ها (۸۸ نفر) در وضعیت خودمراقبتی ضعیف، $68/6$ ٪ (۲۱۶ نفر) در وضعیت خودمراقبتی متوسط و $3/5$ ٪ (۱۱ نفر) در وضعیت خودمراقبتی مطلوب قرار داشتند. وضعیت خودمراقبتی برحسب جنس ($p = 0/943$) و وضعیت تأهل، تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = 0/161$)، اما خودمراقبتی برحسب

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین \pm انحراف معیار خودمراقبتی نمونه‌های مورد بررسی بر حسب جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	p
جنس	مذکر $28/37 \pm 9/34$	$p = 0/943$
	مؤنث $28/30 \pm 7/45$	
وضعیت تأهل	مجرد $28/13 \pm 8/22$	$p = 0/161$
	متأهل $30/12 \pm 7/40$	
	ابتدایی $27/97 \pm 8/93$	
تحصیلات	راهنمایی $24/21 \pm 4/39$	$p < 0/001$
	متوسطه $30/29 \pm 9/92$	
	دانشگاهی $31/28 \pm 6/43$	
	حوزوی $22/38 \pm 5/52$	
	کارمند $30/45 \pm 6/23$	
شغل	کشاورز $26/54 \pm 6/26$	$p = 0/007$
	آزاد $26/32 \pm 9/68$	
	خانه‌دار $29/04 \pm 8/64$	
سابقه خانوادگی فشارخون بالا	بازنشسته $26/32 \pm 6/95$	$p = 0/32$
	بلی $32/15 \pm 6/37$	
	خیر $24/51 \pm 9/90$	
سابقه دریافت برنامه آموزشی	بلی $33/82 \pm 5/57$	$p = 0/27$
	خیر $22/84 \pm 8/85$	

Archive of SID

بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی و متوسطه، به طور معنی داری بیشتر از سایر گروه‌ها بود. نتایج مطالعه برای و همکاران (۲۴) نیز نشان داد بین سطح تحصیلات و انجام رفتارهای خودتنظیمی فشارخون، رابطه معنی داری وجود دارد؛ به طوری که افراد دارای تحصیلات بالاتر، از وضعیت بهتری در رابطه با این رفتارها برخوردارند، این یافته با نتایج مطالعات انجام شده در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی بیماری‌های غیرواگیر، از جمله فشارخون، دیابت و بیماری‌های قلبی - عروقی همخوانی داشت. به نظر می‌رسد افزایش میزان سواد در آزمودنی‌ها، سپردن نقش‌های مهم‌تر به آنها و بالطبع پذیرفتن مسئولیت‌های مهم‌تر و وسیع‌تر از طرف آنها در گستره اجتماع، موجب افزایش خودکارآمدی و بالطبع آن بهبود وضعیت رفتارهای مرتبط با سلامت خواهد شد. Rockwell در این زمینه بیان می‌کند بیماران دارای تحصیلات بالاتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۲۵). در مطالعه حاضر، میانگین نمره خودمراقبتی بیماران کارمند، همچنین خانه‌دار، به طور معنی داری بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بود. شاید تحصیلات و زمان کافی برای انجام مراقبت از خود در بین کارمندان و خانه‌دارها دلایل این امر باشد، همچنین بین سن و مدت ابتلا به فشارخون بالا با خودمراقبتی، همبستگی معکوس معنی داری وجود داشت که به نظر می‌رسد بیماری مزمن فشارخون، توان بیماران را برای تبعیت و پیروی از توصیه‌های کارکنان بهداشتی درمانی و نیز مراقبت از خود در گذر زمان تحلیل داده و در مقابل بیماری تسلیم می‌شوند. برخی مطالعات نشان داده‌اند درک از بیماری می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد را در تطابق با بیماری تحت تأثیر قرار دهد. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان و خودمراقبتی دارای اهمیت فراوانی است (۲۶). در این بین، سن و مدت ابتلا به بیماری می‌تواند در ادراک بیماران، به منظور خودمراقبتی اختلال ایجاد کند.

نتایج نشان داد خودمراقبتی در بین بیمارانی که سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون بالا دارند، بیشتر است.

ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی معکوس معنی داری بین سن و خودمراقبتی نشان داد ($r = -0.273$, $p < 0.001$). همچنین طبق این آزمون، بین مدت ابتلا به فشارخون بالا و خودمراقبتی، همبستگی معکوس معنی داری وجود داشت ($r = -0.278$, $p = 0.041$).

بحث

در جوامع امروزی، فشارخون بالا یک خطر بزرگ محسوب شده و یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی درمانی است. وضعیت میانگین نمره خودمراقبتی در این مطالعه نشان داد این نمره کمتر از متوسط بوده است، به طوری که حدود یک سوم نمونه‌ها خودمراقبتی ضعیفی داشتند و بیش از نیمی از ایشان، وضعیت خودمراقبتی متوسطی گزارش کردند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Newell و همکاران (۱۷) که میزان رفتارهای خودتنظیمی را در مبتلایان به پرفشاری خون در حد متوسط و رو به ضعیف گزارش کردند، همخوانی داشت. همچنین دلاوری و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای درباره وضعیت رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بالا، میزان این رفتارها را در حد نامطلوبی گزارش کردند. فولادوندی و همکاران (۱۹) در مطالعه خود وضعیت نامطلوب انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون بالا در بین بیماران شهرستان بم را نشان دادند. در دیگر مطالعات نیز میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در سطح ضعیف و متوسطی گزارش شده است (۲۰-۲۲). لازم به ذکر است خودمراقبتی ناکافی، چالشی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به ویژه بیماران مبتلا به فشارخون بالا بوده که در صورت پیروی نکردن از برنامه‌های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن همچون عود و پیشرفت ناتوان‌کننده این بیماری‌ها شده و به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان نیاز پیدا خواهند کرد و عوارضی همچون سکته مغزی، آترواسکلروزیس، سکته قلبی و نارسایی نیز آنان را تهدید می‌کند. در مطالعه حاضر برحسب جنس و وضعیت تأهل، وضعیت خودمراقبتی تفاوت معنی داری نداشت. مشابه این موضوع را می‌توان در پژوهش بایرامی و همکاران (۲۳) مشاهده کرد؛ البته در برخی مطالعات نظیر مطالعه براتی و همکاران (۲۴) نیز میزان خودمراقبتی در مردان و متأهل‌ها بیشتر بوده است. در این مطالعه خودمراقبتی برحسب میزان تحصیلات، تفاوت معنی داری را نشان داد؛ به طوری که میانگین نمره خودمراقبتی

Archive of SID

عدم موفق حذف نمک در برخی مطالعات داخلی نیز گزارش شده است (۲۶). به نظر می‌رسد با توجه به تعریف ذائقه افراد از دوران کودکی و تداوم طولانی مدت مصرف غذا با طعم نمکین در شرایط ابتلا به بیماری‌ها، به خصوص بیماری‌های مزمن نظیر پرفشاری خون به دلیل فرهنگ غذایی، حذف آن از برنامه غذایی و انجام خودمراقبتی در این خصوص با مشکلات فراوانی همراه است.

در این مطالعه با توجه به اینکه برنامه‌های مراقبت از خود توسط واحدهای مورد پژوهش در منزل انجام شد و به طور مستقیم به وسیله تیم تحقیق مشاهده نشد و پرسشنامه مراقبت از خود، با توجه به گفته‌ها تکمیل گردید؛ لذا این مسئله بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشت که خارج از کنترل بود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد وضعیت رفتارهای خودمراقبتی فشارخون در بین مبتلایان به پرفشاری خون، وضعیت مناسبی ندارد. از آنجا که انجام رفتارهای خودمراقبتی برای بیماران دارای فشارخون بالا، یک نیاز اساسی و ویژه در طول عمر به حساب می‌آید؛ بنابراین لازم است در برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن مسئله فوق، بر شدت و جدیت این رفتارها و عوارض احتمالی انجام نشدن آنها برای فرد تأکید گردد. همچنین در این خصوص فعال تر و توانمندتر ساختن واحدهای آموزشی با توانمندسازی کادر بهداشتی - درمانی از طریق برگزاری دوره‌های بازآموزی در جهت برگزاری کلاس‌های منظم و هدفمند آموزشی برای بیماران توصیه می‌گردد.

با توجه به اینکه فشارخون بالا تمایل به بروز خوشه‌ای در خانواده‌ها دارد؛ لذا با درگیر شدن سایر اعضای خانواده، احتمال افزایش سطح دانش افراد خانواده نسبت به بیماری و کنترل آن افزایش می‌یابد. مشابه این نتیجه را می‌توان در مطالعه روحی بلسی و همکاران (۲۷) مشاهده کرد. همچنین در مطالعه حاضر، بیمارانی که سابقه دریافت برنامه‌های آموزشی در خصوص بیماری را داشتند، از وضعیت خودمراقبتی به مراتب بهتری برخوردار بودند که به نظر می‌رسد اگر چه وضعیت خودمراقبتی بیماران در حد مطلوبی نبوده، اما بیمارانی که پیشتر در برنامه‌های آموزشی در این زمینه شرکت کرده بودند برنامه‌های مراقبت از خود را در مقابل بیماری فشارخون بالا به شکل مناسب تری دنبال می‌کرده‌اند. بنابراین شرکت در جلسات آموزشی خودمراقبتی، علاوه بر ارتقای سطح آگاهی و بهبود وضعیت نگرش بیماران می‌تواند موجب حساس شدن ایشان در زمینه خودمراقبتی و کنترل عوارض بیماری شود. مشابه این موضوع را می‌توان در مطالعات شاه‌بداعی و همکاران (۲۸) و نعیمی و همکاران (۲۹) نیز مشاهده کرد.

نتایج نشان داد در بین فعالیت‌های خودمراقبتی، پرهیز مصرف روغن نباتی جامد، وضعیت مطلوب تری را داشته است؛ به طوری که هیچ بیماری میزان مصرف این نوع روغن را بیش از ۳ روز در هفته گزارش نکرد. البته سیاست جایگزینی روغن‌های مایع نزدیک به دو دهه است که در کشور اجرایی شده و این امر ناشی از آگاه شدن بیماران از خطرات مصرف طولانی روغن‌های جامد و دسترسی آسان به روغن‌های مایع است. مشابه این نتایج را می‌توان در مطالعات بایرامی (۲۳) و مهراییان (۳۰) مشاهده کرد. در خصوص مصرف نمک و حذف آن از برنامه غذایی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا نیز نتایج نشان داد تنها حدود ۵٪ موفق به حذف آن در کل ایام هفته شده‌اند.

References:

- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 725-46.
- Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R. Braunwald heart diseases. 7th ed. London: Saunders WB; 2005. p. 959-95.
- Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2014;43(1):97-106. PubMed

4. Motlagh FZ, Reza Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-Care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iran Red Crescent Med J* 2016;18(6):e35805. PubMed
5. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Loer M, Tiller D, Greiser KH, et al. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population: Results of the CARLA-Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(22):e952. PubMed
6. Namayandeh SM, Sadr S, Rafiei M, Modares Mosadegh M, Rajaefard M. Hypertension in Iranian urban population, epidemiology, awareness, treatment and control. *Iranian J Pub Health* 2011;40(3):63-70. [Full Text in Persian] Link
7. Haghdoost A, Sadeghirad B, Rezazadehkermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: A systematic review. *Arch Iran Med* 2008;11(4):444-52. PubMed
8. Kamran A, Azad Bakht L, Sharifirad G, Mirkarimi K, Iranpur S. Relationship between illness perceptions and nutritional knowledge with eating behaviors among Ardabil rural hypertensive patients. *J Health Sys Res* 2014;10(2). [Full Text in Persian] Link
9. Maftoon F, Farzadi F, Aeenparast A, Montazeri A, Mohammad K, Pileroudi S, et al. Evaluation of national program on prevention and control of hypertension: Study Protocol *Adv BioRes* 2016;7(3):15-20. Link
10. Dabghmanesh MH, Mostafavi H, Zare N. Blood pressure levels, risk factors and hypertension control status in adult. *J Hormozghan Univ Med Sci* 2007;11(1):41-49. [Full Text in Persian] Link
11. Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JR, 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):2560-72. PubMed
12. Dhar L, Dantas J, Ali M. A systematic review of factors influencing medication adherence to hypertension treatment in developing countries. *Open J Epidemiol* 2017;7(3):211-50. Link
13. Baghiyani Moghaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of hypertension, based on the model of goal directed behavior in Yazd city. *J Med Life* 2011;4(1):30-35. PubMed
14. Chia YC, Ching SM. Prevalence and predictors of resistant hypertension in a primary care setting: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2014;15:131. PubMed
15. Khosravi A, Ansari R, Shirani Sh, Baghaei AM. The causes of failure to control hypertension in population aged over 65. *J Qazvin Univ Med Sci* 2005;9(35):8-10. [Full Text in Persian] Link
16. Smith ML, Ory MG, Ahn S, Kulinski KP, Jiang L, Horel S, et al. National dissemination of chronic disease self-management education programs: An incremental examination of delivery characteristics. *Front Public Health* 2014;2:227. PubMed
17. Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethn Dis* 2009;19(1):35-41. PubMed
18. 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. [Full Text in Persian] Link
19. 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. Link
20. Hazavehei MM, Dashti S, Moeini B, Faradmali J, Shahrabadi R. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. *Koomesh* 2015;17(1):37-44. [Full Text in Persian] Link
21. Khosravi A, Pourheidari B, Roohafza H, Moezzi M, Mousavi M, Hajiannejad A, et al. Evaluating factors associated with uncontrolled hypertension: Isfahan cohort study, Iran. *ARYA Atheroscle* 2014;10(6):311-8. PubMed

22. Vazini H, Barati M. The health belief model and self-care behaviors among type 2 diabetic patients. Iran J Diab Obes (Shahid Sadougi Univ Med Sci) 2014;6(3):107-13. [Full Text in Persian] Link
23. Bairami 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. [Full Text in Persian] Link
24. 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. [Full Text in Persian] Link
25. Rockwell JM, Riegel B. Predictor of self-care in persons with heart failure. Heart Lung 2001;30(1):18-25. PubMed
26. 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. [Full Text in Persian] Link
27. Rouhi Balasi L, Paryad E, Kazemnezhad Leili E, Booraki S, Sadeghi Meibodi A, Nassiri Sheikhan N. Study status of care adherence and its related factors in patients undergoing. J Holist Nurs Midwifery 2015;25(3):34-45. [Full Text in Persian] Link
28. Shahbodaghi Z, Borhani F, Rayani M. The effects of self-care program on blood pressure of patients with diabetes. Medl-Surg Nurs J 2014;3(3):169-63. [Full Text in Persian] Link
29. Naeimi E, Malekzadeh J, Hadinia A, Sharifi B, Mosavizadeh A. Assessment of knowledge and practice of hypertension patients in Boyer Ahmad City. Armaghan-e-Danesh 2011;16(5):302-9. [Full Text in Persian] Link
30. Mehrabian F, Farmanbar R, Mahdavi Roshan M, Omidi S, Aghebati R. Investigating the status of blood pressure and its related factors in individuals with hypertension visiting urban and rural health centers in Rasht City. J Health (Ardebil Univ Med Sci) 2017;8(3):328-35. [Full Text in Persian] Link