

ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

زهرة پارسا یکتا^۳

*مهسا دبیری گل چین^۲
حمید حقانی^۴

دریادخت مسرور رودسری^۱

چکیده

زمینه و هدف: تبعیت بیماران از رژیم درمانی موفقیت آمیز بودن درمان را پیش بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱ بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. ۲۶ بیمار مبتلا به پرفشاری خون با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی، پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. محیط پژوهش را درمانگاه‌های بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل داد. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از ورود به SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس و T-Test صورت گرفت و متغیرهای معنی‌دار وارد مدل رگرسیون خطی گردید.

یافته‌ها: اکثر شرکت‌کنندگان مرد بوده و در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال قرار داشتند. اکثریت بیماران تبعیت از رژیم غذایی نسبتاً مطلوب (۰/۷۹/۵)، رژیم دارویی مطلوب (۰/۴۸)، برنامه‌های فعالیتی نامطلوب (۰/۷۱) و تبعیت از رژیم درمانی نسبتاً مطلوب (۰/۸۲) داشتند. میانگین کیفیت زندگی در بیماران پرفشارخون ۵۵/۳۳ بود. با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی و تبعیت از رژیم درمانی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/001$ ، $r=0/671$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران پرفشارخون پیشنهاد می‌شود با آموزش بیماران و تلاش برای افزایش تبعیت از رژیم درمانی گامی در راستای افزایش کیفیت زندگی این بیماران برداشته شود.

کلیدواژه‌ها: تبعیت، رژیم درمانی، کیفیت زندگی، پرفشاری خون

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۳

^۱عضو هیئت علمی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۲کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

Email:mahsadabiri10@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۲۴۸۶۳۲۷۹

^۳دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه آمار و ریاضی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت آمیز آن را پیش بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می کاهد، تبعیت بیماران از رژیم درمانی است. اگر چه مردم و پزشکان وقت و انرژی زیادی را صرف اقدامات تشخیص بیماری می نمایند، اما بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به علت خستگی ناشی از درمان طولانی مدت و ناامیدی از درمان قطعی، پی گیری رژیم درمانی توصیه شده را رها ساخته یا نادیده می گیرند.^(۱)

عدم تبعیت از رژیم درمانی، که به صورت "میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه های سلامتی یا درمانی" تعریف می شود، یک فرایند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تاثیر می گذارند.^(۲)

از آنجایی که تبعیت از برنامه های درمانی و داروهای تجویز شده یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است، در صورت عدم تبعیت از برنامه های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده، در نتیجه نیاز به درمان های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهند داشت.^(۳)

عدم تبعیت از رژیم دارویی و غیردارویی (استفاده از داروهای ضد پرفشاری خون، محدودیت های غذایی سدیم و چربی، کاهش وزن، برنامه ورزشی) با عوارض پرفشاری خون، مانند سکته مغزی، مرتبط است. مطالعات نشان می دهند تبعیت از توصیه های غیردارویی و حتی داروهای تجویز شده، کم است. عدم تبعیت اثرگذاری استراتژی های پیشگیری را محدود کرده، و منجر به افزایش قابل توجه عوارض قلبی-عروقی مرتبط می شود.^(۴)

همچنین نتایج مطالعات در آمریکا نیز مشخص کننده این نکته است که ۶۰-۳۰ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون از رژیم دارویی تجویز شده تبعیت نمی کنند.^(۵)

موانع زیادی از جمله طولانی بودن مصرف دارو، ناتوانی در خرید داروها و عوارض جانبی مصرف داروها از عوامل مهم عدم تبعیت از رژیم دارویی ذکر شده است. به طوریکه آمارها بیانگر این مسئله است که تنها ۴۰٪ به طور ضعیف از رژیم دارویی جهت کنترل فشار خون تبعیت می کنند.^(۶)

نتایج تحقیقات نشان داده که کاهش دریافت سدیم، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک را کاهش می دهد. اما با مشاوره ویژه در کارآزمایی های کاهش سدیم، تنها ۲۰٪ تا ۴۰٪ شرکت کنندگان، دریافت سدیم خود را به زیر مقدار محدودیت توصیه شده ۲۳۰۰ میلی گرم در روز کاهش می دادند. محققان حدس می زنند که بیماران و شرکت کنندگان در پژوهش به این دلیل به سختی با رژیم کم نمک سازگار می شوند که آنها معمولاً بدون علامت هستند و ممکن است از غذا لذت نبرده و به شدت احساس محرومیت کنند. همچنین کمبود محصولات کم سدیم در صنعت غذا ممکن است به عنوان یک مانع دشوار برای افرادی باشد که تلاش می کنند از رژیم کم سدیم استفاده کنند.^(۷)

از آنجائیکه تبعیت بیمار از رژیم درمانی و اثر مثبت آن بر کیفیت زندگی بیمار نیز یک معیار مهم برای ارزشیابی موفقیت درمان می باشد، در کارآزمایی های بالینی زیادی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را به عنوان معیار بررسی دستیابی به نتایج مورد استفاده قرار داده اند.^(۷) نتایج برخی تحقیقات نشان می دهند ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت های فراوانی در رژیم غذایی مثل محدودیت در مصرف نمک و چربی های اشباع شده، تغییر در نحوه انجام کارهای روزانه و فعالیت های ورزشی-تفریحی و غیره در این بیماران می شود. در کنار این محدودیت ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی، باعث ایجاد فشار روانی بر بیمار می شود که این مسأله می تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر منفی بگذارد.^(۸)

توسط پزشک، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، مصرف حداقل یک داروی ضد پرفشاری خون توسط بیمار، نداشتن اختلال درکی حسی یا عقب ماندگی ذهنی، قابلیت تکلم و درک زبان فارسی توسط بیمار و یا همراه وی بود.

محیط پژوهش، درمانگاه های بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی تهران و ایران شامل بیمارستان شهید رجایی، امام خمینی (ره)، و حضرت رسول اکرم (ص) بود که به دلیل سهولت دسترسی به نمونه ها این محیط ها انتخاب گردید.

برای تعیین حجم نمونه لازم از رابطه زیر در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تبعیت از رژیم درمانی حداقل $r=0.2$ باشد استفاده شد تا این ارتباط از نظر آماری معنی دار تلقی گردد. پس از مقدار گذاری در فرمول ذیل، حجم نمونه لازم ۲۶۴ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} - Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

$$d = \frac{1}{2} L_n \frac{1+R}{1-R}$$

پس از اخذ معرفی نامه های لازم و نامه کمیته اخلاق از دانشکده پرستاری و مامایی تهران، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه کرد و سپس با مراجعه به معاونت پژوهشی و یا سوپروایزر آموزشی بیمارستانهای منتخب، از مسئولین آنها معرفی نامه ای جهت مراجعه به درمانگاه دریافت کرد و به این ترتیب پژوهشگر شخصا برای جمع آوری داده ها در شیفت صبح تمامی روزهای هفته (به جز روزهای تعطیل) در درمانگاه های قلب بیمارستانهای وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی تهران و ایران حضور یافت و پس از انتخاب نمونه های واجد شرایط و معرفی خود، توضیح هدف پژوهش برای واحدهای مورد نظر و کسب موافقت کتبی آن ها برای شرکت در مطالعه، و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات،

کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می رود. با توجه به رشد روز افزون تعداد بیماران مبتلا به پرفشاری خون در ایران و جهان و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی دارد، توجه به کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است.^(۹) کیفیت زندگی یک فرایند منطقی و مفهومی استوار بر پایه فرهنگ و خلاصه ای از ارزشها، عقاید، سبمل ها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می کند.^(۱۰) بنابراین کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است و می توان آن را از سه چشم انداز مهم شامل کیفیت زندگی کلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، کیفیت زندگی مرتبط با بیماری (بیماری محور) مورد بررسی قرار داد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی اشاره می کند که توسط تجربیات، باورها، انتظارات و درک فرد تحت تاثیر قرار می گیرد.^(۷) با توجه به پژوهش های انجام شده که نشان دهنده پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و آمار بالای عدم تبعیت این بیماران از رژیم دارویی می باشد لذا در کنار پژوهش هایی که در رابطه با عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی انجام شده، لزوم انجام پژوهش درباره ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی حس می شود. در همین راستا هدف پژوهشگر از این مطالعه بررسی ارتباط بین تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون می باشد.

روش بررسی

در این پژوهش توصیفی همبستگی نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و تمایل واحدهای مورد پژوهش به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال، تایید تشخیص بیماری

پرسشنامه ها را در اختیار آن ها قرار داد تا آن را تکمیل نمایند.

پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه ها به منظور پاسخگویی یکسان و یکنواخت به سوالات احتمالی نمونه ها در کنار آنها حضور داشته و در صورتیکه نمونه ها قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند سوالات را برای آنها قرائت کرده و نظرات آنها را دقیقاً در پرسشنامه منعکس نمود. به طور متوسط ۳۰-۲۰ دقیقه زمان جهت پاسخگویی به سوالات مورد نیاز بود.

نمونه گیری تا زمان رسیدن به تعداد مورد نظر ادامه یافت و حدود چهار ماه به طول انجامید. در پایان از مسئولین محیط های پژوهشی و نمونه های پژوهش قدرانی به عمل آمده و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه بوده و در صورت تمایل به آنها اعلام خواهد شد.

ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی، پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. فرم اطلاعات فردی و اجتماعی شامل متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، تعداد افراد خانواده که با هم زندگی می کنند، نوع بیمه، مدت زمانی که از تشخیص بیماری می گذرد، وجود فرد دیگر مبتلا به پرفشاری خون در خانواده و نسبت وی با بیمار، داشتن اطلاعات قبلی در مورد افزایش فشارخون و رژیم دارویی و منبع کسب این اطلاعات، زمان شروع، نام و تعداد دفعات مصرف و هزینه تهیه داروها، داشتن رژیم غذایی، وجود مشکل در تهیه و دسترسی داروها بود.

پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی مخصوص بیمار جهت بررسی در قالب سه محور رژیم غذایی، رژیم دارویی و برنامه فعالیت تنظیم شده و از سه بخش تشکیل شده بود:

الف) بخش اول دارای ۳۴ سوال و شامل سوالاتی در مورد سبب غذایی بیمار، میزان مصرف چربی و نمک، تعداد دفعات مصرف و چگونگی مصرف ۳۰ ماده اصلی غذایی برحسب میزان مصرف بود. روش نمره گذاری این

جدول برحسب نوع ماده غذایی و به میزان (۰-۱۰۰) بود. میزان تبعیت از رژیم غذایی در سه دسته ی تبعیت نامطلوب، نسبتاً مطلوب و مطلوب طبقه بندی و در مجموع میزان تبعیت از رژیم غذایی از ۱۰۰٪ کل نمره (۳۰۰۰)، به این صورت در نظر گرفته شد: تبعیت نامطلوب زیر ۵۰٪ کل نمره (کمتر از ۱۵۰۰)، تبعیت نسبتاً مطلوب ۵۰ تا ۷۵٪ کل نمره (۱۵۰۰ تا ۲۲۵۰) و تبعیت مطلوب بالای ۷۵٪ کل نمره (بیشتر از ۲۲۵۰) را به خود اختصاص داد.

ب) بخش دوم شامل سوالاتی در مورد تبعیت از رژیم دارویی و در قالب یک جدول دو قسمتی (قسمت اول ۴ سوال و قسمت دوم ۶ سوال)، ۱۰ سوالی بود و برحسب نوع سوال نمره (۰ تا ۱۰۰) به هر کدام از گزینه ها اختصاص یافت. میزان تبعیت از رژیم دارویی در سه دسته ی تبعیت نامطلوب، نسبتاً مطلوب و مطلوب طبقه بندی شد. در مجموع میزان تبعیت از رژیم دارویی از ۱۰۰٪ کل نمره (۱۰۰۰)، به این صورت در نظر گرفته شده: تبعیت نامطلوب زیر ۵۰٪ کل نمره (کمتر از ۵۰۰)، تبعیت نسبتاً مطلوب ۵۰ تا ۷۵٪ کل نمره (۵۰۰ تا ۷۵۰) و تبعیت مطلوب بالای ۷۵٪ کل نمره (بیشتر از ۷۵۰) را شامل شد.

ج) بخش سوم شامل سوالاتی در مورد برنامه فعالیتی شامل ۵ سوال در ارتباط با زمان، فواصل و نظم در انجام ورزش و نوع ورزش بود. در قسمت دوم جهت بررسی تبعیت از برنامه فعالیتی، ۱۴ سوال در نظر گرفته شده و نمره گذاری آن مانند دو حیطة قبل بر حسب نوع سوال نمره (۰ تا ۱۰۰) به هر یک از گزینه ها اختصاص داده شد. در مجموع میزان تبعیت از برنامه حرکتی از ۱۰۰٪ کل نمره (۱۴۰۰)، به این صورت در نظر گرفته شد: تبعیت نامطلوب زیر ۵۰٪ کل نمره (کمتر از ۷۰۰)، تبعیت نسبتاً مطلوب ۵۰ تا ۷۵٪ کل نمره (۷۰۰ تا ۱۰۵۰) و تبعیت مطلوب بالای ۷۵٪ کل نمره (بیشتر از ۱۰۵۰) در نظر گرفته شد.

جهت تحلیل داده ها مقدار ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تبعیت از رژیم درمانی از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردیده، حداقل $r=0/2$ در نظر گرفته شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون های correlation استفاده شد. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای اصلی با مشخصات فردی و اجتماعی و ویژگی های مرتبط با مصرف دارو آنالیز واریانس و T-Test انجام شد، حداقل مقدار معنی داری $0/05$ در نظر گرفته شد و متغیرهایی که معنی دار شدند وارد مدل رگرسیون خطی گردید.

یافته ها

در این مطالعه، ۵۱٪ شرکت کنندگان مرد بوده و در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال قرار داشتند. ۸۶/۶٪ بیماران تحت پوشش بیمه قرار داشتند. مدت ابتلا به بیماری در ۴۰/۵٪ افراد ۱-۵ سال بود. نتایج نشان داد ۸۲٪ بیماران پرفشار خون مورد مطالعه، تبعیت از رژیم درمانی نسبتاً مطلوب داشتند (جدول شماره ۱).

روایی و پایایی پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی در دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط ثنائی و همکاران^(۱۱) اندازه گیری شده بود و میزان پایایی این ابزار بر اساس مدل آزمون مجدد $F=0/83$ برآورد شد و جهت تعیین اعتبار علمی این ابزار نیز از روش اعتبار محتوی استفاده شد.

SF-36: مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده شدند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه بوده که هشت حیطة مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار داد. برای محاسبه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در هر یک از ابعاد از برنامه Excel استفاده شد که در هر بعد امتیاز از صفر تا ۱۰۰ محاسبه گردید. امتیاز پایین تر به معنی کیفیت زندگی پایین تر بود. روایی و پایایی آن نیز توسط منتظری و همکاران^(۱۲) در سال ۱۳۷۴ مورد محاسبه قرار گرفته بود که ضریب آن نیز $0/9-0/77$ بدست آمده بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت تبعیت از رژیم غذایی، دارویی، برنامه فعالیتی و رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱

نوع تبعیت وضعیت تبعیت	تبعیت از رژیم غذایی		تبعیت از رژیم دارویی		تبعیت از برنامه فعالیتی		تبعیت از رژیم درمانی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نامطلوب	۶	۲/۳	۱۶	۴۲	۱۸۷	۷۱	۲۲	۸
نسبتاً مطلوب	۲۱۰	۷۹/۵	۳۶	۹۵	۶۹	۲۶	۲۱۶	۸۲
مطلوب	۴۸	۱۸/۲	۴۸	۱۲۷	۸	۳	۲۶	۱۰
کل	۲۶۴	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰
میانگین (انحراف معیار)	۲۰۴۰ (۲۴۱/۶۱)		۷۱۹/۰۵ (۱۷۸/۳۱)		۶۱۷/۵۹ (۱۶۹/۱۸)		۳۳۳۷/۹ (۴۹۸/۶۲)	

رژیم دیگر غیر از رژیم دارویی ($p=0/008$)، منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری ($p=0/004$)، ارتباط معنادار وجود داشت و با آزمون رگرسیون linear مشخص شد تبعیت از رژیم درمانی در بین مشخصه های دموگرافیک بیشترین ارتباط معکوس را با منبع کسب اطلاعات

برای بررسی ارتباط بین تبعیت از رژیم درمانی و متغیرهای پرسشنامه اول که شامل اطلاعات فردی و اجتماعی بود از تی تست در متغیرهای دو بعدی و ANOVA در متغیرهای چند بعدی استفاده شد. بین تبعیت از رژیم درمانی و بیمه بودن ($p=0/02$) وجود

ارتباط معنادار وجود داشت (جدول شماره ۳) که تبعیت از رژیم درمانی در بین ویژگی های مرتبط با مصرف دارو با استفاده از رگرسیون خطی بیشترین ارتباط مستقیم را با گروه داروی مصرفی (دیلتیازم) و بیشترین ارتباط معکوس را با هزینه تهیه دارو در یک ماه نشان داد.

(رادیو، تلویزیون، مطبوعات) و بیشترین ارتباط مستقیم را با بیمه داشت. به این معنی که افرادی که تحت پوشش بیمه قرار داشتند تبعیت بیشتری از رژیم درمانی خود داشتند (جدول شماره ۲). بین تبعیت از رژیم درمانی با گروه داروی مصرفی ($p=0/001$)، تعداد دفعات مصرف دارو در روز ($p=0/004$) و هزینه دارو ($p=0/001$)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با مشخصه های فردی و اجتماعی

t	df	Pvalue	ضریب استاندارد شده مدل	خطای معیار	ضریب مدل	ضریب ثابت	تبعیت از رژیم درمانی
۲/۳۳	۷	۰/۰۲	۰/۲۳	۱۵۴/۶۶	۳۶۰/۵۳	۲۸۵۹/۸۸	بیمه
-۲/۷۱	۷	۰/۰۰۸	-۰/۲۹	۱۰۳/۴۶	-۲۸۰/۵۹	۲۸۵۹/۸۸	وجود رژیم دیگر غیر دارویی
-۲/۹۹	۷	۰/۰۰۴	-۰/۳۲	۱۶۳/۴۹	-۴۹۰/۱۷	۲۸۵۹/۸۸	منبع کسب اطلاعات رادیو، تلویزیون، مطبوعات

جدول شماره ۳: ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با ویژگی های مرتبط با مصرف دارو

t	df	Pvalue	ضریب استاندارد شده مدل	خطای معیار	ضریب مدل	ضریب ثابت	تبعیت از رژیم درمانی
۵/۲۰	۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱۴۴/۹۰	۷۵۳/۸۸	۳۰۲۹/۱۲	ویژگی های مرتبط با مصرف دارو
-۳/۴۷	۵	۰/۰۰۱	-۰/۳۶	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۳۰۲۹/۱۲	گروه داروی مصرفی دیلتیازم
۳/۰۲	۵	۰/۰۰۴	۰/۳۲	۸۸/۸۳	۲۶۹/۰۷	۳۰۲۹/۱۲	هزینه دارو
							تعداد دفعات مصرف دارو در روز

جدول شماره ۴: نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در ابعاد ۸ گانه آن و به طور کلی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱

انحراف معیار	میانگین	کیفیت زندگی
۲۲/۵۵	۵۳/۱۳	سلامت عمومی
۲۹/۳۲	۵۸/۷۸	عملکرد جسمانی
۴۰/۰۷	۴۴/۲۵	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی
۴۵/۸۰	۵۹/۵۱	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی
۲۸/۷۷	۵۸/۵۸	درد بدنی
۲۷/۳۱	۶۳/۶۰	عملکرد اجتماعی
۲۰/۳۱	۴۹/۵۴	خستگی یا نشاط
۲۰/۲۰	۵۹/۳۷	سلامت روانی
۲۲/۳۵	۵۵/۳۳	کل

محاسبه نمرات کیفیت زندگی در برنامه excel (جدول شماره ۴) نشان داد میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد ۸ گانه و به طور کلی حدود ۵۰ می باشد که نیمی از نمره کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده و نمره مطلوبی نیست. میانگین کل کیفیت زندگی در بیماران پرفشار خون ۵۵/۳۳ بود. هر چه امتیاز کیفیت زندگی به ۱۰۰ نزدیک تر باشد به معنی کیفیت زندگی بالاتر در فرد می باشد. لذا می توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی بیماران پرفشار خون پایین است. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی کمترین میانگین نمره (۴۴/۲۵)، و عملکرد اجتماعی بیشترین میانگین نمره (۶۳/۶۰) را در بین ابعاد کیفیت زندگی به خود اختصاص داده اند.

مبتلا هستند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پایین تر است. افراد بازنشسته کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر افراد داشتند. (جدول شماره ۵)

در بین مشخصات فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی بیشترین ارتباط مستقیم را با شغل بازنشسته و بیشترین ارتباط معکوس را با ابتلا به بیماری مزمن دیگر داشت. در افرادی که به بیماری مزمن دیگری غیر پرفشاری خون

جدول شماره ۵: ارتباط کیفیت زندگی با مشخصه های فردی و اجتماعی

t	df	Pvalue	ضریب استاندارد شده مدل	خطای معیار	ضریب مدل	ضریب ثابت	کیفیت زندگی مشخصات دموگرافیک
۴/۲۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۳/۴۵	۱۴/۵۳	۵۳/۲۵	تحصیلات راهنمایی
۴/۹۰	۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۲/۹۵	۱۴/۴۸		شغل بازنشسته
۳/۱۱	۴	۰/۰۰۲	۰/۱۷	۲/۵۰	۷/۷۸		کسب اطلاعات
-۴/۹۱	۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۷	۲/۵۲	-۱۲/۴۱		ابتلا به بیماری مزمن دیگر

ارتباط معنی دار داشت. کیفیت زندگی از میان ویژگی های مرتبط با مصرف دارو با گروه داروی مصرفی ($p=0/001$) ارتباط معنی دار داشت. (جدول شماره ۶) با استفاده از رگرسیون خطی مشاهده شد بیشترین ارتباط مستقیم کیفیت زندگی با شغل بازنشسته و گروه داروی مصرفی دیتیازم بوده و بیشترین ارتباط معکوس با ابتلا به بیماری مزمن دیگر بود.

برای بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و متغیرهای پرسشنامه اول که شامل اطلاعات دموگرافیک بود از تی تست در متغیرهای دو بعدی و ANOVA در متغیرهای چند بعدی استفاده شد. کیفیت زندگی از میان مشخصات دموگرافیک با سطح تحصیلات ($p=0/001$)، شغل ($p=0/001$)، کسب اطلاعات در مورد بیماری ($p=0/002$) و ابتلا به بیماری مزمن دیگر ($p=0/001$)

جدول شماره ۶: ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی های مرتبط با مصرف دارو

t	df	Pvalue	ضریب استاندارد شده مدل	خطای معیار	ضریب مدل	ضریب ثابت	کیفیت زندگی ویژگی های مرتبط با مصرف دارو
۴/۴۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۴/۶۲	۲۰/۷۷	۵۳/۴۳	گروه داروی مصرفی دیتیازم

بیشترین ارتباط ($F=0/672$) را داشت و در بین دو بعد کلی سلامت روحی و سلامت جسمی بیشترین ارتباط را با بعد سلامت جسمی ($F=0/675$) داشت (جدول شماره ۷) که نشان می دهد هر چه تبعیت بیمار از رژیم درمانی افزایش یابد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به خصوص در بعد جسمی افزایش می یابد و همچنین هر چه کیفیت

بین تبعیت از رژیم درمانی و هر سه بعد آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط معنادار آماری وجود داشت که تبعیت از برنامه فعلیتی بیشترین ارتباط معنادار را با کیفیت زندگی نشان داد ($p<0/001$, $F=0/696$). تبعیت از رژیم درمانی با همه ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی دار ($p=0/001$) داشته و با بعد عملکرد جسمانی

نقش شهر محل زندگی و دسترسی آسانتر به امکانات بهداشتی را در نظر گرفت.

محاسبه نمرات کیفیت زندگی نشان داد کیفیت زندگی بیماران پرفشارخون پایین است. در مقابل در پژوهش Gusmao و همکاران^(۱۳) مشاهده شد که نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد پرفشار خون خیلی بالا بود که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو بود. یک مطالعه توسط Burstrom et al.^(۱۴) نشان داد که پرفشاری خون در میان تمام بیماری ها کمترین اثر را بر کیفیت زندگی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد هرچه تبعیت از رژیم درمانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بالاتر خواهد بود. در پژوهش Nunes^(۱۵) که نتایج غیر همسو با نتایج فوق داشت، بررسی اثرات درمان ضد فشار خون بر کیفیت زندگی در آزمون بالینی نشان داد که تبعیت از درمان بهبود چشمگیری در کیفیت زندگی ایجاد نمی کند. با توجه به اینکه پژوهش Nunes در سال ۲۰۰۱ انجام شده، شاید بتوان گفت علت این اختلاف می تواند به پیشرفت تکنولوژی و تولیدات داروهای با عوارض کمتر برگردد. زیرا عوارض دارویی خود می توانند عاملی مهم در کاهش کیفیت زندگی بیمار باشند. در پژوهشی که توسط Cote et al.^(۷) صورت گرفت نیز ارتباط ضعیفی بین تبعیت از درمان با کیفیت زندگی مشاهده شد. که ممکن است در رابطه با فاصله زمانی کوتاه از شروع درمان دارویی باشد (سه ماه) چرا که در اوایل درمان عوارض دارویی ظاهر شده اما بیمار هنوز به مصرف دارو عادت نکرده و اثرات مثبت آن در زندگی بیمار ظاهر نشده است و مشکلات بیماری بارزتر می شود.

تبعیت از رژیم درمانی با همه ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی دار داشته و با بعد عملکرد جسمانی بیشترین ارتباط را دارد. در حالی که در مطالعه شعبانی و همکاران^(۱۰) بین تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی در بعد سلامت و عملکرد، اقتصادی و اجتماعی، روانی-معنوی و کلی ارتباط وجود داشت ولی بین تبعیت و بعد خانوادگی

زندگی مرتبط با سلامت فرد در بعد سلامت جسمی بیشتر باشد باعث افزایش تبعیت فرد از رژیم درمانی خواهد شد. کاهش تبعیت از رژیم درمانی با کاهش کیفیت زندگی در همه ابعاد و به طور کلی همراه است.

جدول شماره ۷: ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱

تبعیت	P value	ضریب همبستگی (r)
تبعیت از رژیم غذایی	P < ۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
تبعیت از رژیم دارویی	P < ۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
تبعیت از برنامه فعلیتی	P < ۰/۰۰۱	۰/۶۹۶
تبعیت از رژیم درمانی	P < ۰/۰۰۱	۰/۶۷۱

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط وجود دارد که این ارتباط در بعد تبعیت از برنامه فعلیتی بیشتر از دو بعد دیگر می باشد.

یافته ها نشان داد که تبعیت از رژیم درمانی در اکثریت بیماران مبتلا به پرفشاری خون نسبتا مطلوب است. این یافته ها با مطالعه عباسی و همکاران^(۳) مشابه بود که در آن اکثریت بیماران مبتلا به پرفشاری خون از رژیم دارویی خود تبعیت می کردند. در حالی که در پژوهش هادی و همکاران^(۲) نتایج نشان داد که تبعیت از رژیم دارویی در بین بیماران پرفشار خون پایین می باشد و نسبت به پژوهش حاضر درصد کمتری از افراد (۳۹/۶٪) از رژیم دارویی خود تبعیت می کردند. شاید بتوان گفت این اختلاف می تواند ناشی از آموزش های مرتبط با کنترل فشارخون توسط پرسنل بهداشتی و صدا و سیما باشد که در طی سالهای اخیر صورت گرفته است. و نیز می توان

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تبعیت از رژیم درمانی وجود دارد. پرستاران باید توجه داشته باشند که تبعیت از رژیم درمانی علاوه بر اینکه نقش مهمی در کنترل فشار خون بیماران داشته بر کیفیت زندگی آنان نیز موثر است. لذا باید آموزش های لازم مبنی بر اهمیت تبعیت از رژیم درمانی اعم از دارویی، غذایی و فعالیتی به بیماران داده شود و بخصوص بر نقش برنامه فعالیتی بر کیفیت زندگی تاکید شود و این باید به عنوان یک هدف در راستای افزایش کیفیت زندگی بیمار در نظر گرفته شود. با مشارکت دادن پرستاران در طرح های همچون پزشک خانواده و انتخاب پرستار خانواده می توان گامی در راستای این هدف برداشته، متمرکزتر به این مقوله پرداخت و سبب ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی شد.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مهسا دبیری گل چین با شماره مدرک پ ۶۴۶ در کتابخانه مرکزی دانشگاه می باشد. مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران مورخ ۹۱/۱۲/۲۴ اجرا گردیده است. در پایان از کلیه اساتید و همکاران محترم دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی ایران و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان های حضرت رسول اکرم (ص)، امام خمینی (ره) و شهید رجایی که به طور مستقیم و غیر مستقیم در انجام مطالعه و نگارش این مقاله نقش داشته اند، قدردانی به عمل می آید.

کیفیت زندگی ارتباطی یافت نشد. کاهش تبعیت از رژیم های درمانی باعث کاهش کیفیت زندگی در همه ابعاد و به طور کلی می شود. همچنین یافته های Fredericks et al.^(۱۶) نشان داد بین تبعیت از رژیم دارویی و بعد روانی-معنوی، اقتصادی-اجتماعی، سلامت و عملکرد و به طور کلی ارتباط وجود داشت.

با توجه به تعداد زیاد سوالات (۶۶ سوال) پرسشنامه ها که می تواند باعث خستگی پاسخ دهندگان شود لازم است نتایج پژوهش با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش انجام شده به صورت بررسی ارتباط بین دو متغیر تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی انجام شده و از آنجاییکه این دو متغیر با هم ارتباط دارند، پیشنهاد می شود پژوهشی تحت عنوان بررسی نقش آموزش تبعیت از رژیم درمانی در افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام گیرد. با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین تبعیت از برنامه فعالیتی و کیفیت زندگی پیشنهاد می شود پژوهشی بر اساس این دو متغیر و به صورت مداخله انجام گیرد.

جامعه مورد مطالعه پژوهش حاضر بیماران مبتلا به پرفشاری خون بودند با توجه به اینکه پرفشاری خون یک بیماری مزمن است پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه بر روی سایر بیماران مزمن نظیر دیابت، اسکروز چندگانه، COPD، بیماری های قلبی و همچنین بیمارانی که تحت اعمال جراحی قرار گرفته اند صورت گیرد.

نتایج نشان داد که در بیماران پرفشار خون تبعیت از رژیم درمانی نسبتا مطلوب بوده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین می باشد و ارتباط معنی دار آماری بین

فهرست منابع

1. Sotodeh Asl, N., Neshat Dost, H.T., Kalantery, M., Talebi, H., Khosravi, A.R. [Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension.] *Scientific journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2010;11(4): 294-301. Persian
2. Hadi N., Rostami Gooran, N., Jafari, P. [Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran.]. *Arch Iranian Med*; 2004 7 (4): 292 -6 Persian
3. Abbasi M, Salemi S, Fatemi NS, Hosseini F. [Hypertensive Patients, their Compliance Level and its' Relation to their Health Beliefs]. *I J N*. 2005;18(41):61-8. Persian

4. Baune BT, Aljeesh Y, Bender R. Factors of non-compliance with the therapeutic regimen among hypertensive men and women: A case-control study to investigate risk factors of stroke. *Eur J Epidemiol.* 2005;20(5):411-9.
5. Us department of health and human services. 2003. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. NIH Publication 2003;42: 1206.
6. Karanja N, Lancaster KJ, Vollmer WM, Lin P-H, Most MM, Ard JD, et al. Acceptability of sodium-reduced research diets, including the dietary approaches to stop hypertension diet, among adults with prehypertension and stage 1 hypertension. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(9):1530-8.
7. Côté I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Quality of life research.* 2003;12(6):621-33.
8. Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens.* 2003;21(6):1199-205.
9. Jabalameli S, Moulavi H. [Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences.* 2010;15(2):88-97. Persian
10. Shabany Hamedan M, Mohammad A.J, Shekarabi R, Hosseini A. [The Relationship Between Medication Adherence and Quality of Life in Renal Transplant Patients]. *IJN.* 2011; 23 (67) :29-34. Persian
11. Sanaei N., Nejati S., Zolfaghari M., Alhani F. [The effect of family_center empowerment model in patients compliance Undergoing Coronary Bypass Graft Surgery]. Theses for master degree of science of Tehran university of medical sciences. Tehran 2011 Persian
12. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version.] *Quality of life research.* 2005;14(3):875-82. Persian
13. Gusmão JLD, Mion Jr D, Pierin AMG. Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications. *Clinics.* 2009;64(7):619-28.
14. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy.* 2001;55(1):51-69.
15. Nunes MI. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Curr Hypertens Rep.* 2001;3(6):462-5.
16. Fre dericks E. M., Magee J. C., Opipari-Arrigan L., Shieck V., Well A., Lopez M. J. 2008. Adherence and health related quality of life in adolescent liver transplant recipients. *Pediatric transplantation* 2008;12(3): 289-99

Relationship between Adherence to Therapeutic Regimen and Health Related Quality of Life in Hypertensive Patients

Masror Roudsari DD.¹, MS. *Dabiri Golchin M.², MS. Parsa yekta Z.³, PhD.
Haghani H.⁴, MS.

Abstract

Background & Aims: patient compliance with therapeutic regimen predicts successful treatment and reduces the severity of negative complications. The aim of this study was determination of relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients in 2012.

Material & Methods: It was a descriptive- correlational study. The hypertensive patients (n=264) were recruited by convenience sampling. Data was collected by demographic sheet, and Adherence to Treatment tool and health-related quality of life questionnaire (SF-36). The setting was selected hospitals affiliated to Tehran and Iran University of Medical Sciences including Imam Khomeini Hospital, Hazrat Rasoul Akram Hospital and Shahid Rajai hospital. Data was analyzed by T-Test and ANOVA and Linear Regression using SPSS-PC (v.16).

Results: Most of Participants were 40-60 year old males. In most of patients adherence to diet was relatively good (79.5%), compliance with drug regimen was good (48%) and activity was poor (71%) and adherence to therapeutic regimen was relatively good (82%). Mean score of quality of life among hypertensive patients was 55.33. There was a significant relationship between quality of life and adherence to treatment using Pearson correlation test ($p=0.001$, $r=0.671$).

Conclusion: Regarding the relationship between adherence to therapeutic regimen and health- related quality of life in this sample, teaching hypertensive people to increase their adherence and their quality of life is suggested.

Key words: Adherence, Therapeutic regimen, Quality of Life, Hypertension

Received: 6 Oct 2013

Accepted: 24 Des 2013

¹ Faculty member, Medical-surgical Dept., School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Master Degree in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: 09124863279 Email: mahsadabiri10@yahoo.com

³ Associate professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Faculty member, Statistics Dept., School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.