CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Evaluation of knowledge of medication use and self-efficacy of patients with hypertension covered by health centers in Ramsar in 2020

N. Saeed Nia(Bsc) [1], F. Mohammadkhah(PhD)* [1], M. Nasiri (Msc) [1], M. Mahnama(Bsc) [1], M. Shator Zaryab(Bsc)[1]

1. Student Research Committee, Ramsar Fatemeh Zahra School Of Nursing and Midwifery, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
18th Oct 2021

Revised in revised:
25th Jan 2022

Accepted:
1st Feb 2022

Published online:
12th Jun 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Since the vast majority of patients with hypertension have relatively low medication compliance and self-efficacy as well as have no adequate control over their blood pressure despite routine training, the aim of this study was to determine the knowledge of medication use and self-efficacy in patients with hypertension.

Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, 133 patients were selected through the convenience sampling method. Data were collected via questionnaires of demographic characteristics, abbreviated mental test (AMT), knowledge of medication use and self-efficacy in patients with hypertension. Data were analyzed using SPSS 16 through Kruskal-Wallis, U Mann-Whitney and logistic regression tests.

Findings: The majority of study patients (74.4%) were 50-70 years old. Mean knowledge of medication use was 9.67±1.10 (moderate level) and mean self-efficacy was 360.03±96.59 (high level). There was a significant positive relationship between self-efficacy and status of knowledge of medication use in patients with hypertension ($r = 0.407$, $P<0.001$).

Conclusion: In this study, there was a significant relationship between self-efficacy status of knowledge of medication use in patients with hypertension. Therefore, health system policymakers can use appropriate educational interventions to raise knowledge of medication use and self-efficacy of patients to increase the likelihood of timely medication use in these patients.

Keywords: Knowledge of medication use, Self-efficacy, Hypertension

Cite this article: SaeedNia N, Mohammadkhah F, Nasiri M Mahnama M, Shator Zaryab M. Evaluation of knowledge of medication use and self-efficacy of patients with hypertension covered by health centers in Ramsar in 2020. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2022; 7(1): 1-15.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

***Corresponding Author: Mohammadkhah F (PhD)**
Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad HospitaL,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School,Ramsar,mazandaran, Iran
Tel: +98 (11) 55225151. **E-mail:** F. Mohammadkhah@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

بررسی آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر در سال ۱۳۹۹

نیکوناز سعید نیا (Bsc)[۱]، فاطمه محمدخواه (PhD)[۱*]، محبوبه نصیری(Msc)[۱]، مهسا مهنما (Bsc)[۱]، مژگان شاطر زریاب(Bsc)[۱]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی ، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر ، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

دریافت: ۱۴۰۰/۷/۲۶
اصلاح: ۱۴۰۰/۱۱/۵
پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲
انتشار: ۱۴۰۱/۳/۲۲

چکیده

سابقه و هدف: ازآنجایی‌که اکثریت بالایی از بیماران مبتلا به پرفشاری ، تبعیت دارویی و خودکارآمدی نسبتاً پایینی دارند و درنتیجه باوجود آموزش‌های معمول، کنترل مناسبی بر فشارخون خود ندارند. هدف از مطالعه حاضر تعیین آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری فشارخون بالا می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. در این مطالعه ۱۳۳ بیمار بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، معیار کوتاه شناختی (AMT)، آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به پرفشاری بوده است. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های کروسکال والیس، یو من ویتنی و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: اکثریت افراد مورد مطالعه (۷۴/۴٪) در گروه سنی ۷۰-۵۰ سال بودند. میانگین آگاهی از مصرف دارو ۱/۱۰ ± ۹/۶۷ (سطح متوسط) و میانگین خودکارآمدی ۹۶/۵۹ ± ۳۶۰/۰۳ (در سطح بالا) بود. بین متغیرهای خودکارآمدی و وضعیت آگاهی از مصرف دارو بیماران مبتلا به پرفشاری رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($r=0/407, P<0/001$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه بین متغیرهای خودکارآمدی و وضعیت آگاهی از مصرف دارو بیماران مبتلا به پرفشاری رابطه معناداری وجود داشت بنابراین سیاستگذاران نظام سلامت امی توانند از مداخلات آموزشی مناسب برای ارتقای آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بیماران استفاده کنند تا احتمال مصرف به موقع دارو در این بیماران را افزایش دهند.

واژه‌های کلیدی: آگاهی از مصرف دارو، خودکار آمدی، بیماری فشارخون بالا

استناد: نیکوناز سعید نیا، فاطمه محمدخواه، محبوبه نصیری، مهسا مهنما، مژگان شاطر زریاب. بررسی آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر در سال ۱۳۹۹. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۱؛۷(۱):۱۵-۱.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

▣ این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1399.175 از دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر فاطمه محمدخواه
آدرس: رامسر، خیابان شهید مطهری، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر تلفن: ۵۵۲۲۵۱۵۱ – ۰۱۱ رایانامه: F. Mohammadkhah@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

سابقه و هدف

پرفشاری خون به‌عنوان یک عامل خطرساز مستقل و پیشرو در بیماری‌های قلبی عروقی با پیامدهای اقتصادی و بهداشتی مهم در سراسر جهان است. پیشگیری و درمان آن برای مقابله با روند رو به افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی و عوارض و مرگ‌ومیر مرتبط با آن ضروری است (۱). با ارتباط مستقیمی که بین پرفشاری خون و خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی وجود دارد می‌توان گفت به ازای هر ۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش در فشار سیستولیک (ده میلی‌متر افزایش در فشار دیاستولیک بالای ۷۵ میلی‌متر) خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی دو برابر می‌شود (۲). شیوع بیماری پرفشاری به طور مستقیم متناسب با سن جمعیت می‌باشد به‌طوری‌که بیش از نیمی از افراد بالای ۶۵ سال آمریکایی بیماران مبتلا به پرفشاری هستند (۳). طی بررسی انجام شده در ایران نیز شیوع بیماری پرفشاری در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال،۲۶/۶ درصد گزارش شده است (۴).

شیوع بیماری پرفشاری در کشورهای کم درآمد و در حال توسعه رو به افزایش است (۵). گزارش شده است که تا سال ۲۰۲۵، ۱/۵ میلیارد بزرگ‌سال از بیماری پرفشاری رنج می‌برند که ۱۴ تا ۳۴ در صد در ایران می‌باشد (۶). برای افراد میان‌سال و سالمند میزان خطر بروز بیماری پرفشاری در ۲۰ سال آینده تقریباً برابر با ۹۰ درصد است (۱). افراد با بیماری پرفشاری برای کنترل فشارخون نیاز به دارو دارند (۷) و اثربخشی رژیم‌های دارویی بستگی به پیروی از آن دارد که اغلب ترکیبی از داروها برای درمان استفاده می‌شوند. تقریباً ۷۰ درصد بیماران به دو یا بیشتر از داروهای ضد پرفشاری خون نیاز دارند (۸). بدیهی است که هرچه تعداد داروهای مورد استفاده بیشتر باشد، خطر واکنش‌های جانبی ناخواسته، احتمال تداخلات دارویی و مسمومیت دارویی نیز بیشتر خواهد بود (۹).

پایبندی ضعیف به درمان با هزینه بالاتر و پیامدهای نامطلوب همراه است (۱۰). عدم توجه به تنظیم دوز مناسب، احتمال افزایش عوارض نامطلوب و تداخلات دارویی، افزایش می‌یابد (۱۱). استفاده نادرست و نامناسب از داروها نیز یکی از معضلات دارویی است (۱۲). آمارها نشان می‌دهد که در دهه گذشته مصرف دارو به صورت بی‌رویه در کشور ما نیز افزایش یافته است و مصرف دارو در کشور فاقد الگوی صحیح است و تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاح این الگو از موفقیت چندانی برخوردار نبوده است و نظام دارویی کشور همچنان با مشکل مصرف بی‌رویه، نابجا و خودسرانه دارو روبه‌رو است (۱۳). تصمیم‌گیری برای شروع درمان دارویی و انتخاب دارو یا داروهای مناسب برای هر بیمار، بر اساس معیارهای مختلفی صورت می‌گیرد. پیروی بیماران از درمان یک عامل کلیدی کنترل فشارخون و حفظ آن در این سطح می‌باشد (۱۴).

مصرف نابجا و غیرمنطقی داروها نه‌تنها به سلامت بیمار و جامعه کمک نمی‌کند، بلکه به دلیل اثرات جانبی و عوارضی که دارد، می‌تواند مشکلات و معضلات جدی را نیز سبب شود. نتایج مطالعه‌ی امانی و همکارانش نشان می‌دهند که یکی از ضروری‌ترین موارد اصلاح الگوی مصرف در کشور، آگاهی از الگوی مصرف دارو می‌باشد (۱۵). در بسیاری از موارد بیماران مزمن در مورد برنامه دارویی خود، ماهیت بیماری و نیاز به ادامه مصرف دارو در دوران بهبودی و نیاز به مصرف آن‌ها تا آخر عمر مطلع نیستند که می‌تواند عاملی برای امتناع از مصرف دارو باشد. پرستاران به‌عنوان اعضای تیم مراقبتی نقش مهمی در آموزش دارودرمانی و تشویق بیماران به تبعیت از درمان دارند (۱۶). هم‌چنین برای ایجاد این تغییر رفتار مطلوب نیاز به تعیین میزان خودکارآمدی است (۱۷). ریشه خودکارآمدی در نظریه شناختی و اجتماعی Bandura است (۱۸). در نظریه بندورا منظور از خودکارآمدی قضاوت افراد در مورد توانایی‌هایشان برای سازمان‌دهی و اجرای یک سلسله کارها برای رسیدن به انواع عملکردهای تعیین شده می‌باشد. او خودکارآمدی را ادراک افراد از درجه کنترلی که بر زندگی دارند، تعریف می‌کند بطوریکه افراد می‌کوشند تا با توانایی‌های خود رویدادهایی که زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد کنترل نمایند. این توانایی‌ها منافع شخصی و اجتماعی بی‌شماری را برای آنان تأمین می‌کند (۱۹). ازخودکارآمدی به‌عنوان یک مفهوم مهم در مدیریت بیماری‌های مزمن استفاده می‌شود. ارتقای خودکارآمدی با کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی بیماران مزمن ارتباط دارد (۲۰).

یک فرد با خودکارآمدی پایین با احتمال کمتری در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر رفتاری که برایش عادت شده است تلاش کند (۲۱). در پژوهش Yang و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده شده است که افراد سالمند با بیماری مزمن که خودکارآمدی بالاتری دارند پیروی درمانی بالاتری داشته‌اند. برای ارتقا خودکارآمدی و تبعیت از دارودرمانی پرستاران می‌توانند با آموزش نقش مهم خود را ایفا کنند (۱۶) و پرستاران به‌عنوان اعضای تیم مراقبتی نقش مهمی در آموزش دارودرمانی و تشویق بیماران به تبعیت از درمان و ارتقا خودکارآمدی دارند (۱۶). به نظر می‌رسد برای اجرای برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی کنترل فشارخون نیاز به مطالعاتی در زمینه‌های مختلف از قبیل چگونگی آگاهی از مصرف

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

دارو؛ میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری است تا با در دست داشتن اطلاعات اولیه بتوان با تشخیص اولویت‌های بهداشتی گام‌های مؤثرتر بعدی را برداشت. در این مطالعه هدف تعیین آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به هایپرتنشن می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی–تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در بهار سال ۱۳۹۹ در مراکز بهداشتی درمانی شهر رامسر انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی می‌باشد؛ یعنی بیمارانی که نام آن‌ها به‌عنوان بیمار پری فشارخون مورد تائید پزشک مراکز بهداشتی در پرونده الکترونیک سلامت آنان (در سامانه سیب) ثبت بودند و توسط پزشک و مراقبت سلامت خود به‌طور دوره‌ای مورد سنجش قرار می‌گرفته‌اند. معمولاً جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی در فواصل زمانی مختلف و متوالی توسط مراقبین سلامت خود مراقبت و غربالگری می‌شوند. یکی از این مراقبت‌ها اندازه‌گیری فشارخون مددجویان می‌باشد. درصورتی‌که میانگین فشارخون فرد بالای ۱۴۰/۹۰ باشد. فرد به پزشک مرکز ارجاع داده می‌شود و در صورت تایید پزشک مرکز، فرد به عنوان بیمار مبتلا به پرفشاری شناخته شده و بیماری او در پرونده الکترونیک سلامت او ثبت و بطور ادواری تحت مراقبت دوره ای مختص بیمار مبتلا به پرفشاری قرار خواهد گرفت.

تعداد نمونه با توجه به انحراف معیار ۷، سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار خطای نمونه ۰/۵، ۱۱۰ نفر محاسبه گردید که بدلیل امکان عدم همکاری و ریزش نمونه ها، ۲۰ درصد به حجم نمونه ها افزوده می شود و حجم نهایی ۱۳۳ نفر می باشد.

نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شهر رامسر دارای سه مرکز بهداشتی است. در ابتدا با مراجعه به هر یک از مراکز لیست بیماران مبتلا به پرفشاری در محدوده سنی ۵۰–۸۰ سال تهیه شد. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۸۰–۵۰ سال، آوردن امتیاز بالاتر از ۷ از پرسشنامه کوتاه شناختی، عدم وجود معلولیت بینایی و شنوایی جهت پاسخ به سوالات پرسشنامه، دارا بودن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی- درمانی، تمایل به شرکت در مطالعه، سابقه بیش از شش ماه ابتلا به پرفشاری خون و درج در پرونده، درک و تکلم به زبان فارسی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم تخصیص بیمار به گروهی از بیماران اولیه که به مراقبت های سطح دوم (مراقبت در مراکزی که به عنوان نخستین سطح ارجاع به کار میروند) و سطح سوم (مراقبتهای بسیار تخصصی در مراکز ویژه و بیمارستانها) ارجاع میابند، مهاجر نبودن بیمار و هم چنین بیمارانی که ابتلای آنها توسط پزشک تایید شده و در مراکز بهداشتی تحت مراقبت بودند.) و معیارهای خروج (عدم تمایل به ادامه مشارکت و پرنکردن بیش از دوسوم پرسشنامه) با استفاده از پرونده بیماران مبتلا به پرفشاری، اسامی و شماره تماس افراد مبتلا به پرفشاری استخراج شد و از آنها جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. در ابتدا با ارسال پیامکی هدف از مطالعه برای کلیه شرکت کنندگان شرح داده شدواز تمامی آنها رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. هم چنین برای آنها شرح داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده و به آنها جهت محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

برای جمع آوری اطلاعات از ۳ ابزار استفاده شد که شامل: فرم ثبت اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی، پرسشنامه کوتاه شناختی، پرسشنامه آگاهی از مصرف دارو و پرسشنامه ی خود کارآمدی نسبت به مصرف دارو در مددجویان مبتلا به پرفشاری می باشد که توسط شرکت کنندگان در مطالعه تکمیل شدند.

در پرسشنامه ی ثبت اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی سالمند؛ اطلاعاتی مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت محل سکونت، مدت زمان ابتلا به پرفشاری، وزن، قد و میزان فشار سیستولیک و دیاستولیک سالمند تکمیل شد.

جهت سنجش آگاهی مصرف دارو از پرسشنامه آگاهی از مصرف دارو استفاده شد. این پرسشنامه دارای پنج سوال در مورد آگاهی فرد از بیماری خود، رژیم غذایی اش، داروهای کنترل پرفشاری و عوارض آن، تاثیر ورزش و فعالیت بدنی بر روی کنترل فشار خون، تاثیر سیگار و دود بر افزایش فشار خون می باشد که پاسخ های آن در طیف لیکرت سه قسمتی (کم: با امتیاز ۱، متوسط: با امتیاز ۲، زیاد: با امتیاز ۳) نمره دهی می شدند. نمره کل آگاهی از ۵ تا ۱۵ است که بر اساس آن امتیازات مددجو در یکی از سه دسته ی آگاهی کم (۵ تا ۸ متیاز)، آگاهی متوسط (۸ تا ۱۲ امتیاز) و آگاهی بالا (۱۲ تا ۱۵ امتیاز) قرار می گیرد که توسط مرادی و همکارانش طراحی و روایی و پایایی آن (Alpha:۰/۷۹) تایید شد (۲۲).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

پرسشنامه خودکارآمدی در مددجویان مبتلا به بیماری هایپرتنشن؛ ۵ سوال دارد که میزان خودکارآمدی آنان را با خرده مقیاس های محدودیت استفاده از سدیم (چقدر مطمئن هستید که بتوانید فشارخون خود را با با کاهش مصرف نمک کنترل کنید؟)، کاهش وزن (چقدر مطمئن هستید که بتوانید فشارخون خود را با با کاهش وزن کنترل کنید؟)، افزایش ورزش (چقدر مطمئن هستید که بتوانید فشارخون خود را با افزایش تمرینات بدنی کنترل کنید؟)، مصرف رژیم سرشار از میوه و سبزی (چقدر مطمئن هستید که بتوانید فشارخون خود را با با افزایش مصرف میوه و سبزی کنترل کنید؟)، مصرف دارو های تجویز شده (چقدر مطمئن هستید که بتوانید فشارخون خود را با مصرف داروهای تجویز شده کنترل کنید؟) اندازه گیری می کند. این پرسشنامه بر اساس راهنمای کمیته مشترک ملی طراحی شده است که شامل ۵ گویه می باشد و در غالب مقیاس طیف لیکرت (اصلا، کمی، متوسط، خوب، کاملا خوب) طراحی شده است و به هر پاسخ به ترتیب صفر،۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰ امتیاز تعلق می گیرد.

مجموع نمرات خودکارآمدی که از مجموع ۵ خرده مقیاس بدست می آید مساوی با ۵۰۰ می باشد (۵ ضربدر ۱۰۰ مساوی ۵۰۰) و در این پرسشنامه کسب نمرات بالاتر؛ نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر است. روایی محتوی و صوری این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط چوبانین و همکاران بررسی و تایید گردید. آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه میلارچ برابر با ۷۸٪ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز بررسی و تایید شده است لازم به ذکر می باشد که در جامعه ایران؛ خرده مقیاس مصرف الکل این پرسشنامه حذف گردید. هم چنین روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه Moradi و همکارانش در گروهی از بیماریهای مزمن بررسی و با آلفا کرونباخ ۰/۹۳ و روایی محتوایی ۰/۷۹ مورد تایید قرار گرفته است (۲۲).

پرسشنامه معیار کوتاه شناختی(AMT) ، مقیاس ده گویه ای برای ورود سالمندان مبتلا به پرفشاری به مطالعه بوده است. سالمند درصورت پاسخ صحیح به هرسوال امتیاز ۱ را کسب می کرد و درصورت پاسخ غلط به هرسوال امتیاز صفر به سالمند تعلق می گرفت. در ادامه سالمندان با کسب نمره بالاتر از ۸، در پژوهش شرکت داده شدند. لازم به ذکر است که روایی و پایایی پرسشنامه غربالگری اختلالات شناختی سالمندان در مطالعه بختیاری (۱۳۹۳) با آلفاکرونباخ ۰/۷۶ و پایایی درونی ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفته است (۲۲).

پژوهشگر پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی و دانشگاه و اخذ مجوز به مراکز بهداشتی- درمانی تحت پوشش شهر رامسرمراجعه نمود، سپس با ارایه ی معرفی نامه به مسئولین مربوطه مبادرت به جمع آوری نمونه مورد نیاز خود نمود. اطلاعات پس از کد گزاری وارد کامپیوتر شد و سپس با کمک نرم افزار spss نسخه ۱۶ و آمار توصیفی (برآورد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی مربوطه(آزمونKruskal-Wallis و Mann Whitney U) ارتباط مشخصات دموگرافیک مبتلایان به پری فشار خون با خودکارآمدی و آگاهی از مصرف دارو در سطح معنی داری (p<۰/۰۵)-رگرسیون لجستیک (برای بررسی تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی سن، وزن، فشار سیستولیک، فشار دیاستولیک، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد و متغیرهای خودکارآمدی و آگاهی از مصرف دارو بر نتیجه الگوی مصرف به‌موقع دارو مبتلایان بیماری پری فشار خون) در سطح معنی داری (p<۰/۰۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

هم چنین برای بررسی تاثیر عوامل مخدوش کننده (مانند متغیرهای جمعیت شناختی سن، وزن، فشار سیستولیک، فشار دیاستولیک، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد و متغیرهای خودکارآمدی و وضعیت آگاهی از مصرف دارو) بر نتیجه مصرف به-موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری از رگرسیون لجستیک استفاده شده است.

یافته ها

تعداد ۱۳۳ نفر از مبتلایان به بیماری پرفشاری در شهر رامسر در سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفت. مشخصات جمعیتی- اجتماعی شرکت کنندگان مطالعه و ارتباط این متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای خودکارآمدی و آگاهی از مصرف دارو در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج ماتریس همبستگی اسپیرمن نشان داد، بین خودکارآمدی و وضعیت آگاهی از مصرف دارو در مبتلایان به بیماری پرفشاری رابطه مثبت معناداری وجود دارد (r=۰/۴۰۷,P<۰/۰۰۱). (جدول ۱).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک در مبتلایان به بیماری هایپرتنشن و ارتباط آن‌ها با متغیرهای خودکارآمدی و وضعیت آگاهی الگوی مصرف دارو در سال ۱۳۹۹ (n=۱۳۳)

مشخصات فردی		فراوانی	درصد	خودکارآمدی SD±Mean	نتیجه آزمون	وضعیت آگاهی SD±Mean	نتیجه آزمون
جنسیت	زن	۹۰	۶۷/۷	۳۵۳/۶۱ ± ۱۰۲/۷۴	P**=۰/۴۸۵	۹/۴۱ ± ۲/۳۴	P**=۰/۱۳۷
	مرد	۴۳	۳۲/۳	۳۷۱/۵۱ ± ۸۱/۷۵		۱۰/۲۳ ± ۲/۳۹	
سن (سال)	۵۰-۵۹	۵۰	۳۷/۶	۳۷۹/۰۱ ± ۹۵/۲۱	P*=۰/۱۵۰	۱۰/۴۸ ± ۲/۵۹	P*=۰/۰۰۳
	۶۰-۶۹	۴۹	۳۶/۸	۳۵۸/۸۵ ± ۹۰/۸۷		۹/۶۳ ± ۲/۱۹	
	۷۰-۸۰	۳۴	۲۵/۶	۳۳۳/۸۲ ± ۱۰۲/۷۷		۸/۵۵ ± ۱/۸۴	
فشار سیستولیک (میلی متر جیوه)	۱۱۰-۱۲۵	۲۰	۱۵	۳۴۸/۷۵ ± ۱۱۷/۹۵	P*=۰/۷۹۷	۱۰/۱۰ ± ۲/۵۵	P*=۰/۳۸۲
	۱۲۶-۱۴۰	۸۵	۶۳/۹	۳۶۵/۵۸ ± ۹۴/۰۱		۹/۷۲ ± ۲/۳۰	
	>۱۴۰	۲۸	۲۱/۱	۳۵۰/۹۲ ± ۸۹/۴۶		۹/۲۱ ± ۲/۵۱	
فشار دیاستولیک (میلی متر جیوه)	۵۰-۷۰	۳۹	۲۹/۳	۳۶۱/۵۳ ± ۱۰۸/۱۹	P*=۰/۵۲۸	۱۰/۱۰ ± ۲/۱۳	P*=۰/۲۳۱
	۷۱-۸۰	۵۳	۳۹/۸	۳۷۲/۱۶ ± ۸۳/۳۰		۹/۷۱ ± ۲/۴۸	
	>۸۰	۴۱	۳۰/۸	۳۴۲/۵۰ ± ۱۰۰/۸۲		۹/۲۱ ± ۲/۴۴	
وضعیت سکونت	شخصی	۱۱۴	۸۵/۷	۳۶۲/۸۳ ± ۹۷/۶۳	P**=۰/۵۱۵	۹/۶۵ ± ۲/۳۸	P**=۰/۷۳۶
	استیجاری	۱۹	۱۴/۳	۳۴۳/۴۲ ± ۹۰/۸۴		۹/۷۸ ± ۲/۴۳	
شغل	آزاد	۶۶	۴۹/۶	۳۵۵/۳۸ ± ۹۱/۰۵	P*=۰/۳۳۱	۹/۶۰ ± ۲/۵۲	P*=۰/۰۴۶
	کارمند	۱۳	۹/۸	۳۷۵/۰۱ ± ۱۳۰/۳۰		۱۰/۷۶ ± ۲/۱۲	
	کشاورز	۱۲	۹	۳۳۵/۴۱ ± ۸۰/۰۹		۸/۵۰ ± ۱/۸۸	
	بازنشسته	۴۲	۳۱/۶	۳۶۹/۶۴ ± ۹۹/۰۱		۹/۷۸ ± ۲/۲۴	
سطح تحصیلات	بیسواد	۳۴	۲۵/۶	۳۲۷/۲۰ ± ۸۶/۲۴	P*=۰/۰۰۳	۸/۹۷ ± ۱/۹۱	P*=۰/۰۰۲
	سواد خواندن و نوشتن	۲۵	۱۸/۸	۳۴۳/۷۵ ± ۹۱/۵۵		۹/۰۱ ± ۲/۴۳	
	زیر دیپلم	۲۷	۲۰/۳	۳۴۷/۲۲ ± ۹۴/۱۳		۹/۴۴ ± ۲/۵۰	
	دیپلم	۲۹	۲۱/۸	۳۹۹/۱۳ ± ۷۸/۶۲		۱۰/۳۱ ± ۲/۴۲	
	فوق دیپلم و	۱۸	۱۳/۵	۴۰۰/۰۱ ± ۱۲۳/۶۶		۱۱/۲۷ ± ۲/۰۵	

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

مشخصات فردی		فراوانی	درصد	خودکارآمدی SD±Mean	نتیجه آزمون	وضعیت آگاهی SD±Mean	نتیجه آزمون
	بالاتر						
وضعیت درآمد	در حد کفاف	۱۰۶	۷۹/۷	۳۶۱/۱۹ ± ۹۷/۰۱۹۷	P**=۰/۶۳۰	۹/۸۵ ± ۲/۲۹	P**=۰/۰۳۴
	کمتر از حد کفاف	۲۷	۲۰/۳	۳۵۵/۵۵ ± ۹۶/۶۵		۸/۹۶ ± ۲/۶۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴	۱۰/۵	۳۶۲/۵۰ ± ۷۱/۸۹	P*=۰/۸۶۴	۹/۷۱ ± ۲/۷۸	P*=۰/۸۳۳
	متأهل	۹۷	۷۲/۹	۳۶۰/۶۷ ± ۱۰۴/۵۵		۹/۶۸ ± ۲/۳۹	
	بیوه	۲۲	۱۶/۵	۳۵۵/۶۸ ± ۷۴/۳۷		۹/۶۳ ± ۲/۱۵	
مدت ابتلا به فشارخون	کمتر از یک سال	۵	۳/۸	۳۹۰/۰۱ ± ۱۱۴/۰۱	P**=۰/۵۴۹	۱۰/۶۰ ± ۴/۲۷	P**=۰/۶۹۸
	بیشتر از یک سال	۱۲۸	۹۶/۲	۳۵۸/۸۵ ± ۹۶/۱۸		۹/۴۶ ± ۲/۲۹	
شاخص توده بدنی (BMI)	۱۸/۵ –۲۴/۹	۲۳	۱۷/۳	۳۵۸/۶۹ ± ۹۶/۴۱	P*=۰/۷۰۷	۹/۷۸ ± ۲/۱۰	P*=۰/۹۵۸
	۲۵– ۲۹/۹	۵۲	۳۹/۱	۳۶۴/۴۲ ± ۹۶/۰۴		۹/۸۶ ± ۲/۷۲	
	۳۰<	۵۸	۴۳/۶	۳۵۵/۱۷ ± ۹۸/۴۲		۹/۴۶ ± ۲/۱۷	

Mann Whitney U ** ، Kruskal-Wallis *

نتایج تحلیل پاسخ مشارکت کنندگان به سوالات مرتبط با زمان شروع مصرف دارو، ابتلای به دیگر بیماری های مزمن، درصد داروهای مختلف مصرفی، مصرف مرتب دارو و دلیل عدم مصرف که بیانگر آگاهی از مصرف دارو در مبتلایان به بیماری پرفشاری می باشد، در جدول ۲ آورده شده است (جدول ۲).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

جدول ۲. توزیع فراوانی الگوی مصرف دارو و ابتلا به سایر بیماری های زمینه ای مبتلایان به بیماری هایپرتنشن شهرستان رامسر در سال ۱۳۹۹(n=۱۳۳)

الگوی مصرف دارو	
۱. آیا از ابتدا دارو هایپرتنشن مصرف کردید؟	**فراوانی (درصد)**
بله	۱۰۱(۷۵/۹)
خیر	۳۲(۲۴/۱)
۲. آیا مصرف داروهای هایپرتنشن در طول دوره بیماری تان تغییر کرده است؟	**فراوانی (درصد)**
بله	۴۶ (۳۴/۶)
خیر	۸۷ (۶۵/۴)
۳. نوع سایر بیماری های زمینه ای ای که افراد مبتلا به بیمار یهایپرتنشن به آن مبتلا بودند:	**فراوانی (درصد)**
دیابت	۳۹ (۲۹/۳)
هیپوتیروئید	۱۱ (۸/۳)
مشکل کلیوی	۱۴ (۱۰/۵)
چربی خون	۲۱ (۱۵/۸)
سایر	۴۸ (۳۶/۱)
۴. نوع داروهای مصرفی مبتلایان به بیماری هایپرتنشن شهرستان رامسر	**فراوانی (درصد)**
والزارتان-فوروزماید	۱۰ (۷/۵)
کاپتوپریل-لوزارتان	۵۷ (۴۲/۹)
آمیلوراید-آتنولول	۱۲ (۹)
هیدروکلرتیازید	۳ (۲/۳)
متورال-پنتوکسی	۲۳ (۱۷/۳)
سایر	۲۸ (۲۱/۱)
۵. آیا داوری های درمان بیماری هایپرتنشن را بطور مرتب مصرف می کنید؟	**فراوانی (درصد)**
بله	۱۱۷ (۸۸)
خیر	۱۶ (۱۲)
۵-۱. در صورت پاسخ خیر. چرا دارو های درمان بیماری پری فشارخون را بطور مرتب مصرف نمی کنید؟	**فراوانی (درصد)**
فراموشی	۳ (۱۸/۸)
سایر	۱۳ (۸۱/۲)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین خودکارآمدی ۹۶/۵۹ ± ۳۶۰/۰۳ و در سطح بالا بود. خودکارآمدی ۸۰ نفر (۶۰/۲ ٪) از مبتلایان به بیماری فشار خون در سطح بالا و ۴ نفر (۳ ٪) از مبتلایان به بیماری فشار خون در سطح پایین بود. میانگین وضعیت آگاهی ۱/۱۰ ± ۹/۶۷ و در سطح متوسط بود. وضعیت آگاهی ۶۶ نفر (۴۹/۶ ٪) از مبتلایان به بیماری فشار خون در سطح متوسط و ۳۹ نفر (۲۹/۳ ٪) از مبتلایان به بیماری فشار خون در سطح پایین بود (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی و وضعیت آگاهی الگوی مصرف دارو در در مبتلایان به بیماری پرفشاری شهرستان رامسر در سال ۱۳۹۹ (n=۱۳۳).

خودکارآمدی و وضعیت آگاهی	SD±Mean
خودکارآمدی	۳۶۰/۰۳ ± ۹۶/۵۹
پایین	۱۰۰/۰۱ ± ۶۱/۲۳
متوسط	۲۷۸/۵۷ ± ۴۳/۸۹
بالا	۴۲۱/۸۷ ± ۵۳/۲۷
وضعیت آگاهی	۹/۶۷ ± ۲/۳۸
پایین	۶/۹۲ ± ۱/۱۰
متوسط	۹/۸۶ ± ۰/۸۲
بالا	۱۳/۰۷ ± ۱/۱۸

برای بررسی تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی سن، وزن، فشار سیستولیک، فشار دیاستولیک، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد و متغیرهای خودکارآمدی بر نتیجه آگاهی از مصرف به‌موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری از آنالیز پیشرفته رگرسیون لجستیک استفاده شده است. جهت ورود متغیرها به مدل از روش نسبت درستنمایی استفاده گردیده است.

نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک در جدول ۴ نشان داده شده است. مدل رگرسیون لجستیک برای متغیرهای پیشگوی کمی (فشار سیستولیک، فشار دیاستولیک، خودکارآمدی و وضعیت آگاهی) و سطح بندی، برازش داده شده است. سطح درنظر گرفته شده به‌عنوان مبنای رفرنس شغل (آزاد)، سن (۸۰-۷۰ سال)، وضعیت تأهل (بیوه)، وضعیت سکونت (استیجاری)، سطح تحصیلات (فوق دیپلم و بالاتر)، مدت ابتلا به فشار خون (بیش از یک سال) و میزان درآمد (در حد کفاف)، برای تحلیل در نظر گرفته شد. آزمون Hosmer and lemeshow test (P=۰/۰۲۴) صحت برازش مدل را نشان داد. با برازش مدل رگرسیون لجستیک بر مشاهدات، متغیرهای پیشگو طی دو مرحله به‌صورت بلوکی وارد مدل شدند و مدل برازش داده شد. نتایج مرحله دوم مدل در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد، متغیرهای وضعیت آگاهی از مصرف دارو و شغل بر الگوی مصرف به‌موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری تأثیرگذار است. با توجه به مقدار نسبت شانس برای متغیرهای مدل که در جدول ۴ آمده است، برای متغیر وضعیت آگاهی از مصرف دارو؛ به ازای یک واحد افزایش در میزان آگاهی از مصرف داروی فرد، احتمال مصرف به‌موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری حدود ۶۴/۳ ٪ افزایش پیدا می‌کند. شغل بیماران مبتلا به پرفشاری بر وضعیت مصرف به موقع دارو تأثیرگذار است. براساس نتایج جدول ۴، با تغییر وضعیت شغل مبتلایان به بیماری پرفشاری از کارمند به آزاد، احتمال مصرف به موقع دارو ۹۲/۷ ٪ کاهش پیدا می‌کند (جدول ۴).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

جدول ۴. بررسی تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای خودکارآمدی و وضعیت آگاهی مصرف دارو بر نتیجه الگوی مصرف به‌موقع دارو در مبتلایان به بیماری هایپرتنشن

متغیر	برآورد ضریب	خطای معیار	OR (95%CI)	P
وضعیت آگاهی الگوی مصرف دارو	۰/۴۹۶	۰/۱۵۸	۱/۶۴۳(۱/۲۰۴-۲/۲۴۱)	۰/۰۰۲*
شغل				
(بازنشسته به آزاد)	-۰/۵۶۲	۰/۷۷۷	۰/۵۷۰(۰/۱۲۴-۲/۶۱۱)	۰/۴۶۹*
(کارمند به آزاد)	-۲/۶۶۳	۰/۹۳۸	۰/۰۷۰(۰/۰۱۱-۰/۴۳۸)	۰/۰۰۵*
(کشاورز به آزاد)	۰/۰۴۹	۰/۹۸۹	۱/۰۵۰(۰/۱۵۱-۷/۲۹۲)	۰/۹۶۱*
ثابت	-۲/۷۸۴	۱/۳۴۶	۰/۰۶۲	۰/۰۳۹*

*** برازش مدل رگرسیون لجستیک**

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه تعیین آگاهی از مصرف دارو وخودکارآمدی مبتلایان به بیماری پرفشاری مراجعه کننده به مرکز بهداشت می باشد. نتایج مطالعه نشان داد میانگین آگاهی از مصرف دارو در سطح متوسط و میانگین خودکارآمدی در سطح بالایی بود. متغیرهای آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بر مصرف به موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری تأثیرگذار می باشد.

میانگین آگاهی مشارکت کنندگان در مطالعه ی حاضر در سطح متوسط بود. در مطالعه Javadi نیز ۳۶٪ نفر از بیماری خود آگاهی داشتند (۲۳). طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) میزان عدم آگاهی از فشار خون در بسیاری از کشورهای مدیترانه شرقی تا ۷۵ درصد است (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین خودکارآمدی مشارکت کنندگان در سطح بالایی بود. در نتایج مطالعه ی Mirzaei Alavijeh و همکاران میانگین میزان خودکارآمدی مشارکت کنندگان بالا بود (۲۵) این درحالیست که در مطالعهTurki و همکاران میانگین نمره خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندانی پائین می باشد (۲۶)؛ که میتواند بدلیل تفاوت سنی بین گروه های هدف دو مطالعه و از همه مهم تر وضعیت زندگی دو گروه مورد مطالعه باشد زیرا ترکی و همکاران مطالعه خود را برروی ساکنین سرای سالمندی انجام دادند.

میانگین خودکارآمدی در بیماران مبتلا به پرفشاری با سطح تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر نسبت به بیماران دارای تحصیلات زیردیپلم پایین تر بود. به عبارتی میتوان بیان نمود که افراد باتحصیلات بالاتر خودکارآمدی بالاتری دارند. در مطالعه Bastani و همکاران نیز خودکارآمدی عمومی، دارای ارتباط معناداری با متغیر سطح تحصیلات بود به گونه ای که گروه با تحصیلات دیپلم و بالاتر نمره میانگین خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به گروه دارای تحصیلات زیر دیپلم کسب کردند (۲۷).Turkii و همکاران (۲۶). Mirzaei و همکاران (۲۵).Rahimi و همکاران (۲۸) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

از آنجا که افراد با سطح تحصیلات بالاتر دارای نقش های گسترده تر می باشند بنابراین به نظر می رسد که دارای خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد با تحصیلات پایین تر باشند. این درحالیست که در مطالعه بقایی و همکاران هیچگونه ارتباط معناداری بین خود کارآمدی و سطح تحصیلات مشاهده نشد (۲۹). از آنجایی که گروه هدف مطالعه بقایی و همکاران بیماران همودیالیزی بودند. این احتمال وجود دارد که با توجه به

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

اینکه این بیماران ۲ تا ۳ بار در هفته دیالیز می شوند به طور مرتب تحت کنترل و آموزش می باشند وهمچنین بیماران همودیالیزی حساسیت بیشتری نسبت به بیماری خود دارد و همه افراد کم سواد و باسواد سعی می کنند تا با توانایی های خود عوارض ناشی از بیماری و دیالیز را بر اساس موارد آموزش دیده کنترل نمایند و رفتار بهداشتی درست داشته باشند.

بر اساس یافته های این مطالعه بین متغیرهای خودکارآمدی و آگاهی از مصرف دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری تحت مطالعه رابطه وجود دارد. در نتایج مطالعه Goodarzi و همکارانش نیز وضعیت آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بیماران رابطه معنی داری دیده شد (۲). پس انتظار میرود که با آموزش و ارتقای آگاهی مددجویان در مورد مصرف دارو، میزان خودکارآمدی مبتلایان به پرفشاری خون ارتقا یابد.

مطالعه حاضر نشان داد که شغل مبتلایان به بیماری فشار خون بالا بر وضعیت مصرف به‌موقع دارو تأثیرگذار است. با تغییر وضعیت شغل مبتلایان بیماری فشار خون از کارمند به آزاد احتمال مصرف به موقع دارو ۹۲/۷ درصد کاهش پیدا می‌کند. در نتایج مطالعه ی Rezvan و همکارانش نیز بین شغل و رفتار خودمراقبتی بیماران فشارخونی رابطه معنی داری دیده شد بطوریکه در این مطالعه میانگین نمره خودمراقبتی بیماران کارمند، به طور معنی داری بیشتر از سایر گروههای شغلی بود. شاید تحصیلات و زمان کافی برای انجام مراقبت از خود در بین کارمندان دلیل این امر باشد (۳۰).

بر اساس یافته های این مطالعه بین متغیرهای آگاهی از مصرف دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری و سن، سطح تحصیلات و وضعیت درآمد آنها رابطه وجود دارد؛ که با نتایج مطالعات Mirzaei و همکارانش (۳۱) وKhayyat و همکارانش(۳۲) همخوان هست. از آنجا که بیماری هایپرتنشن یک بیماری مزمن است به نظر می رسد با افزایش سن بیماران، سابقه درمان بیماری و به تبع آگاهی از مصرف دارو در بیماران افزایش یابد. در این مطالعه بین سطح تحصیلات و آگاهی از مصرف دارو رابطه ی معنی داری دیده شد که به نظر می رسد میزان مطالعه، ادراک مطالب و دسترسی به اطلاعات مرتبط با چگونگی مصرف دارو در افراد تحصیل کرده بیشتر بوده و به تبع میران آگاهی از مصرف دارو در این افراد فزونی یابد. هم چنین در این مطالعه بین وضعیت درآمد و آگاهی از مصرف دارو رابطه وجود دارد که می تواند بدلیل دسترسی بیشتر افراد با درآمد بالاتر به مراکز و تسهیلات آموزشی مربوطه باشد.

بر اساس یافته های حاصل از مطالعه بین شغل و خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری هایپرتنشن در این مطالعه رابطه وجود داشت؛ که با نتایج مطالعات Susanto و همکاران (۳۳) و مطالعه Shen و همکاران (۳۴) هم خوان هست. در مطالعه حاضر میزان خودکارآمدی در افراد کارمند بیشتر بود به نظر می رسد افراد شاغل به دلیل امکان بهره مندی بیشتر از توانمندی های خود در فائق آمدن به چالش ها و موقعیتهای مختلف، خودکارآمدی بالاتری داشته باشند چنانچه بندورا خودکارآمدی را ادراک افراد از درجه کنترلی که بر زندگی دارند، تعریف می‌کند بطوریکه افراد می‌کوشند تا با توانایی های خود رویدادهایی که زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد کنترل نمایند (۱۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین آگاهی از مصرف دارو و مصرف دارو در بیماران مبتلا به هایپرتنشن رابطه وجود دارد که با نتایج مطالعه و Pan همکارانش (۳۵) هم خوان هست. نتایج مطالعه ی امانی و همکارانش نشان میدهند که یکی از ضروری ترین موارد اصلاح الگوی مصرف در کشور، آگاهی از مصرف دارو میباشد (۱۵). در بسیاری از موارد بیماران مزمن در مورد برنامه دارویی خود، ماهیت بیماری و نیاز به ادامه مصرف دارو در دوران بهبودی و نیاز به مصرف آنها تا آخر عمر مطلع نیستند که میتواند عاملی برای امتناع از مصرف دارو باشد. پرستاران به عنوان اعضای تیم مراقبتی نقش مهمی در آموزش دارو درمانی و تشویق بیماران به تبعیت از درمان دارند (۱۶).

نتایج مطالعات مورد بحث نشان داد آگاهی از مصرف دارو و میزان خودکارآمدی تعدادی از افراد مبتلا به پرفشاری خون پایین می باشد که بیانگر نیاز آموزشی در زمینه ی ارتقای آگاهی از مصرف دارو وخودکارآمدی در این افراد می باشد. از آن جاییکه در تمام سطوح از ابتدایی تا آموزش عالی نیازهای آموزشی تعیین کننده ترین عامل در تدوین و طراحی دوره های آموزشی هستند و نیازسنجی های آموزشی باعث می گردد آموخته های فراگیران جنبه کاربردی بیشتری داشته باشد از این یافته ها میتوان در تدوین دوره های آموزشـی پرستاران شاغل مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانها و سایر مراکز درمانی که با مبتلایان به پری فشارخون سروکاردارند استفاده نمود تا در جهت تدوین و ارایه آموزش های متناسب با نیازآموزشی بیماران پری فشارخون گام بردارند.

از محدودیت های قابل ذکر این مطالعه می توان به کوچک بودن حجم نمونه و محدودیت تعمیم پذیری آن، روش خودگزارش دهی فشارخون افراد از طریق پرسشنامه و اتکا به یادآوری ذهنی مشارکت کنندگان و عدم دسترسی به ابزار اندازه گیری اختصاصی در موضوع مورد مطالعه می توان اشاره کرد در صورت انجام مطالعات مشابه در مناطق دیگر کشور و با حجم نمونه بالاتر و کاربرد ابزار ارزیابی اختصاصی تر می توان نتایج بهتری راپیش بینی کرد. جلب مشارکت مسئولین بیمارستان و مراکز بهداشتی – درمانی و مشارکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

از مشکلات اجرایی پژوهش حاضر بود. از طرفی دیگر انجام مطالعات در ابعاد وسیع تر در بین گروههای مختلف مردم برای مقایسه بهتر نتایج در سایر شهرستان ها واستان ها پیشنهاد می شود.

افراد با بیماری مزمن که خودکارآمدی بالاتری دارند پیروی درمانی بالاتری دارند. در این مطالعه میانگین آگاهی از مصرف دارو در مبتلایان به پری فشارخون در سطح متوسط و میانگین خودکارآمدی در سطح بالا بود هم چنین متغیرهای آگاهی از مصرف دارو؛ خودکارآمدی و شغل بر مصرف به‌موقع دارو در بیماران مبتلا به پرفشاری تأثیرگذار بود. برنامه ریزی آموزشی مناسب بر اساس نیازآموزشی مددجویان مبتلا به بیماری هایپرتنشن ضروری به نظر میرسد تا با ارتقای آگاهی از مصرف دارو وخودکارآمدی آنها در جهت بهبود الگوی مصرف دارو در مددجویان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی گام برداریم؛ بنابراین سیاستگذاران نظام سلامت امی توانند از مداخلات آموزشی مناسب برای ارتقای آگاهی از مصرف دارو و خودکارآمدی بیماران استفاده کنند تا احتمال مصرف به موقع دارو در این بیماران را افزایش دهند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل، همچنین بیماران و همکاران درمانگاه های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت همکاری در این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

References

1. Gandasentana RD, Kusumaratna RK. Physical activity reduced hypertension in the elderly and cost-effective. Univ Med. 2016;30(3):173-81.
2. Behnood-Rod A, Rabbanifar O, Pourzargar P, Rai A, Saadat Z, Saadat H, et al. Adherence to antihypertensive medications in Iranian patients. Int J Hypertens. 2016:1508752.
3. Zdrojewski T, Wizner B, Wiecek A, Slusarczyk P, Chudek J, Mossakowska M, et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension in elderly and very elderly in Poland: results of a cross-sectional representative survey. J Hypertens. 2016; 34(3):532-38.
4. Babaei M, Ranjbaran S, Mahmoodi H, Babazadeh T, Moradi F, Mirzaeian K. The effect of educational Intervention of Life style Modification on Blood Pressure control in Patients with Hypertension. J Educ Community Health.2016; 3(1):12-9. [In Persian].
5. Hosseini H, Safavi M, Fesharaki M. Relationship between Hypertension and Restless Legs Syndrome in Patients with Cardiovascular Diseases. IJRN.2018;4(3):47-52. [In Persian].
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension--United States, 1999-2002 and 2005-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 Feb 4;60(4):103-8.
7. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension: part I: definition and etiology. Circulation. 2000;101(3):329-35.
8. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami AA, et al. Knowledge, treatment, control, and risk factors for hypertension among adults in Southern Iran. nt J Hypertens. 2015:897070.
9. Noghabi A, Baloochi Beydokhti T, Shamshiri M, Shareinia H, Radmanesh R. Polypharmacy and its Related Factors among Elderlies. IJN.2013;26(83):1-9. [In Persian].
10.Shirazi sh. Examining the relationship between illness perception, adherence to medication regimen and readmission in patients with heart failure [MSC Thesis]. Tabriz : Faculty of Nursing and Midwifery. Tabriz University of Medical Sciences; 2017. [In Persian].
11. Vali pourreza A, Rahimiforushani A, Ahmadi B, Akbarikamran A. Inapporpriate drug use in the elderly discharged from hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences using the Beers criterion. Salmand: Iranian Journal of Ageing.2011;6(21):56-65. [In Persian].
12. Saboor M, Foroghan M, Mohammadi F. Drug use Pattern Between Urban Families In Ardabil city, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(23):36-45. [In Persian].

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

13. Noghabi A, Darabi F, Baloochi Beydokhti T, Shareinia H, Radmanesh R, Irrational use of Medicine Status in Elderly Population of Gonabad. OFOGH-E-DANESH. 2014; 19(5): 297-304. [In Persian].
14. Fakhri A, Morshedi H, Mohammadi Zeidi I. Effectiveness of theory based education on medication adherence in older adults with hypertension. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2017;16(2):161-174. [In Persian].
15. Akbari H, Roshanpajouh M, Nourijelyani K, Mansournia MA, Rahimi-Movaghar A, Yazdani K. Profile of drug users in the residential treatment centers of Tehran, Iran. Health Promot Perspect. 2019;9(3):248-54.
16. Sadeghian E, Nezafatdoost M, Tapak L, Shamsaei F. Effect of Medication Education on Drug Adherence with Mental Disorders. IJPN. 2019; 6(6):48-57. [In Persian].
17. Babaei-Sis M, Ranjbaran S, Mahmoodi H, Babazadeh T, Moradi F, Mirzaeian K. The effect of educational intervention of life style modification on blood pressure control in patients with hypertension. J Educ Community Health. 2016; 3(1):9-12.
18. Aslani M, Amidi Mazaheri M, Batavani M. Self-Efficacy Among Older Adults in Fereydunshahr City. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):558-65. [In Persian].
19. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am psychol. 1982;37(2):122-47.
20.Savadkooh O, Zakerimoghadam M, Ghiasvandian Sh, Kazaemnejad A. Effect Implementation of a Self-Empowerment Program to Improve primary hypertentin Patients' Self-Efficacy. J Maz Univ Med Sci. 2012; 22(92):19-28. [In Persian].
21. Hejazi S, Peyman N, Tajfard M, Esmaily H. The Impact of Education Based on Self-efficacy Theory on Health Literacy, Self-efficacy and Self-care Behaviors in Patients With Type 2 Diabetes. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 5(4):296-303. [In Persian].
22. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. Nurs Midwifery Stud J. 2019; 8(1): 21-7.
23. Javadi H. Evaluation of awareness, treatment and drug consumption in hypertensives. Journal of Inflammatory Diseases. 2000; 3 (4):59-64.
24. Ceconi C, Boraso A, Ferrari R. Future strategies of reverse remodeling prevention of hibernation. J Card Fail. 2002 Dec;8(6 Suppl):S542-8.
25. Mirzaei Alavijeh M, Nasirzade M, Jalilian F, Mostafavi F, Hafezi M. Self-efficacy of health promotion behaviors in hypertensive patients. Daneshvar Medicine. 2012; 19(1):51-58. [In Persian].

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]

26. Turki Y, Haji Kazemi A, Bastani F, Haqqani H.General self-efficacy of nursing home residents. IJN. 2011; 24 (73): 55-62. [In Persian].
27. Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H, General Self-Efficacy among Family's Female Caregiver of Elderly with Alzheimer's disease. Hayat. 2012; 18(2):27-37. [In Persian].
28. Rahimi M, Izadi N, Khashij M, Abdolrezaei M, Ayouzi F. Self-efficacy and some related factors in diabetic patients. Scientific-research journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd. 2015; 22 (6): 1665-72. [In Persian].
29. Baghaei- lakeh M, Bozorgzadeh M, Paryad E,Kazemnejad-leile E, Sefati A. Predictive factors of self-efficacy in patients receiving hemodialysis. JHC. 2016; 18 (2):101-10. [In Persian].
30. Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salami 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. [In Persian].
31. Mirzaei M, Mirzaei M, Bagheri B, Dehghani A. Awareness, treatment, and control of hypertension and related factors in adult Iranian population. BMC Public Health. 2020;20(1):0-1.
32. Khayyat SM, Khayyat SM, Hyat Alhazmi RS, Mohamed MM, Abdul Hadi M. Predictors of medication adherence and blood pressure control among Saudi hypertensive patients attending primary care clinics: a cross-sectional study. PloS one. 2017. 30;12(1):e0171255.
33.Susanto T, Rasny H, Susumaningrum LA, Yunanto RA, Nur KR. Prevalence of hypertension and predictive factors of self-efficacy among elderly people with hypertension in institutional-based rehabilitation in Indonesia. Education. 2019;5:0-79.
34.Shen Z, Shi S, Ding S, Zhong Z. Mediating effect of self-efficacy on the relationship between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. Front Pharmacol. 2020. 7;11:1945.
35. Pan J, Lei T, Hu B, Li Q. Post-discharge evaluation of medication adherence and knowledge of hypertension among hypertensive stroke patients in northwestern China. Patient preference and adherence. 2017; 20;11:1915-22.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.1]