فصلنامه سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دوره اول، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۵، صفحه ۴۸-۴۲

مقاله تحقیقی

همبستگی منبع کنترل سلامت با نحوه خود مراقبتی و پیروی از رژیم درمانی دربیماران مبتلا به پرفشاری خون

زهرا صفوی بیات* (PhD)[۱] ، محمد طاهر (MSc)[۲]

۱-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساوه

دریافت: ۹۵/۳/۱۴، اصلاح: ۹۵/۵/۵، پذیرش: ۹۵/۷/۱۰

خلاصه

سابقه و هدف: خود مراقبتی به مسئولیت پذیری افراد در مقابل سلامت خود اطلاق می شود. پیروی از رژیم درمانی و استفاده از رژیم دارویی به طور چشم گیری باعث کاهش عوارض و مرگ ناشی از بیماریهای مزمن می شود. جهت اطمینان از مصرف دارو و پیروی از رژیم درمانی یکی از وجوه قابل مطالعه بررسی منبع کنترل در افراد است. مطابق با گزارش های ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، عدم پیروی از رژیم درمانی یک نگرانی عمده جهانی است به ویژه در مورد بیمارانی که در شرایط مزمن بیماری قرار دارند. از طرفی تغییرات اپیدمیولوژیکی روزبروز منجر به اهمیت بیشتر بیماری های مزمن گردیده است. با توجه به آنکه فشار خون بالا یکی از معضلات مهم بهداشت عمومی درکشورهای پیشرفته و در حال توسعه محسوب می شود که پیروی از رژیم درمانی نقش مهمی را در حفظ حیات وکیفیت زندگی این بیماران ایفا می کند؛ مطالعه ای با هدف تعیین همبستگی بین پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی بود که طی آن ۱۳۰ نفر از زنان و مردان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲، با چهار ابزار پرسشنامه جمعیت شناختی، نسخه ایرانی مقیاس منبع کنترل سلامت ، پرسشنامه پیگیری رژیم درمانی بیماری پرفشاری خون هیل – بن ویک دستگاه فشارسنج مورد بررسی قرارگرفتند.

یافته‌ها: جهت تجزیه و تحلیل آماری ازنرم افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد که با استفاده ازآزمون های اسپیرمن، تی تست، آزمون کای اسکوئرو آنالیز واریانس داده های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های حاصل نشانگر آن بود که افراد مورد پژوهش (۸۵/۴ درصد) درحد متوسط از رژیم درمانی پیروی می کردند، و میان پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل شانس $P<۰/۰۰۱$ همبستگی معکوس معنی دار و با منبع کنترل سلامت درونی $P<۰/۰۰۱$ و بیرونی $P=۰/۰۰۹$ همبستگی مستقیم معنی دار وجود دارد.

نتیجه گیری: درمان موثر بیماری های مزمن نیازمند درگیر شدن مداوم بیمار در فعالیت های مراقبتی و درمانی است. زمانی می توان در مدیریت این بیماری ها موفقیت حاصل نمود که بتوان منابع دخیل و رویکردهای مناسب در تقویت رفتارهای خودمراقبتی در بیمار را شناسایی و تقویت نمودکه شناسایی منبع کنترل سلامت یکی از آنهاست.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، منبع کنترل سلامت، پیروی از رژیم درمانی، پرفشاری خون.

مقدمه

تغییرات اپیدمیولوژیک در گذر زمان باعث شده است تا بیماری های مزمن روز به روز اهمیت بیشتری پیدا کنند و امروزه نه تنها در کشورهای در حال توسعه، بلکه حتی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته نیز بیماری های مزمن و غیرواگیر بخش عمده ای از مشکلات مربوط به سلامت را به خود اختصاص دهند (۱). در سومین گذار اپیدمیولوژیک، این گونه بیماری های عفونی و واگیردار کنترل، و از مرگ و میر ناشی از آنها کاسته شده ولی بیماری های مزمن جایگزین آنها شده است (۲). فشار خون بالا نیز به عنوان یکی از بیماری های مزمن بدلیل شیوع بالای آن در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی بر ارگانهای بدن، به شکل یک معضل و مشکل عمده بهداشتی در کلیه جوامع اعم از کشورهای پیشرفته و در حال توسعه تبدیل شده است. شیوع بالای پرفشاری خون به میزان ۶ تا ۲۵ درصد در جمعیت بزرگسال تخمین زده می شود. در طرح کشوری بررسی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در سال ۱۳۸۳ میزان شیوع خام پرفشاری خون در جوامع شهری و روستایی به ترتیب ۳۰/۵ و ۲۹/۲ درصد برآورد گردیده است (۳). در ایران مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان می دهد که شیوع پرفشاری خون در تهران ۳۲ درصد ، در کرمانشاه بالای ۱۴ درصد، در تبریز بالای ۲۰/۸۲ درصد و در گناباد بالای ۲۰/۸۸ گزارش شده است (۴). پایبندی به رژیم درمانی به عنوان یک عامل کلیدی در کنترل و مدیریت فشار خون شناخته شده است، اگر فرد به رژیم درمانی خود پایبند باشد شواهد محکمی وجود دارد که این پایبندی باعث می شود که ارگانهایی که مورد هدف این بیماری یعنی پرفشاری خون هستند از خطر و

* مسئول مقاله : زهرا صفوی بیات
آدرس: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، تهران – ایران، تلفن:۰۹۱۲۵۵۰۸۸۴۶
Email: zahrasb16@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

آسیب حفاظت شوند(۵). مطابق با گزارش های ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، عدم پیروی از رژیم درمانی یک نگرانی عمده جهانی است به ویژه در مورد بیمارانی که در شرایط مزمن بیماری قرار دارند(۶). پژوهش ها نشان می دهد که ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سال اول درمان،داروهای تجویزی خود را قطع می کنند(۷). بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه، احتمال این عدم پیروی بسیار بیشتر می باشد(۸). بر اساس مطالعات بالینی انجام شده پیروی از رژیم درمانی و استفاده از رژیم دارویی به طور چشم گیری باعث کاهش فشار خون و به دنبال آن کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی در بیماران می شود. پیروی پایین از رژیم درمانی با افزایش هزینه های مراقبتی و میزان بالای بیماری های قلبی و عروقی، مرتبط می باشد. بنابراین شناسایی بیمارانی که پیروی ضعیف دارند، بر افزایش موثر میزان کنترل فشار خون در محیط های سرپایی موثراست (۹). زمانی که افراد در اثر عدم پیروی مناسب اثرات درمانی کمتری را تجربه می کنند ممکن است این امر باعث افزایش تجویز مقدار دارو یا قطع یکی از داروها شود. زیرا کارکنان تیم بهداشتی بر این باورند که دارو موثر نیست.این نتیجه گیری اغلب بر اساس این فرض است که بیمار داروهای تجویز شده را به درستی دریافت کرده است در حالی که در این گونه موارد علت عدم اثر بخشی داروها ممکن است مربوط به نحوه پیروی از رژیم درمانی باشد.در اینجا نحوه پیروی از رژیم درمانی ممکن است به عنوان علت عدم اثر بخشی داروها باشد(۱۰).

مطالعات نشان می دهد که مداخلات بهتر در زمینه پیروی از رژیم درمانی به درک بهتر از عوامل رفتاری افراد بستگی دارد(۱۱). عواملی مثل اعتقاد ها و باورها برای بعضی از بیماران مشخص کننده این است که آیا رژیم درمانی و توصیه های پزشکان و پرستاران را می پذیرند یا نه؟ پس می توان گفت باورها و اعتقادها در عدم رعایت رژیم درمانی نقش مهمی دارند(۱۲). بنابراین جهت اطمینان از مصرف دارو و پیروی از رژیم درمانی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باید اعتقادات بیمار را به عنوان یک عامل مهم تاثیرگذار در نظر بگیرند(۱۳). برخی معتقدند اتفاقات و حوادث زندگی آنها حاصل نگرش و رفتار خود آنهاست و سازندگان اصلی زندگی خود هستند و برخی دیگر معتقدند این حوادث به وسیله نیروهای خارج از آنها کنترل می شود(۱۴). منبع کنترل سلامت نیز به صورت "اعتقاد فرد به اینکه سلامتش توسط رفتارهای خود او و یا توسط نیروهای خارجی کنترل می شود" تعریف می شود(۱۵). درواقع یکی از ابعادی که افراد را از یکدیگر متمایز می سازد درجه کنترلی است که تصور می کنند بر رویدادهای زندگی دارند .بدین ترتیب یکی از وجوه قابل مطالعه بررسی منبع کنترل(Locus of control) در افراد است .کسانی که معتقدند تلاش هایشان می تواند امور را تغییر دهد منبع کنترل آنها درونی است و افرادی که سرنوشت، شانس یا قدرت دیگران را در امور زندگی موثر می دانند منبع کنترل بیرونی دارند(۱۶). بنابراین منبع کنترل سلامت یکی از شاخص های بهداشتی برای طرح ریزی برنامه های آموزش بهداشت و نیز به عنوان یک سازه در درک و پیش بینی رفتارهای بهداشتی محسوب می شود و اگر منبع کنترل سلامت نادیده گرفته شود عوارض بیماری ها افزایش پیدا می کند(۱۷). مطابق باگزارش های ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، عدم پیروی از رژیم درمانی یک نگرانی عمده جهانی است به ویژه درمورد بیمارانی که در شرایط مزمن بیماری قراردارند. بدین ترتیب می توان اذعان داشت خودمراقبتی که به عنوان مسئولیت پذیری افراد در مقابل سلامت خود از طریق اتخاذ سبک سالم زندگی، تدبیر اندیشی جهت جلوگیری از رخداد حوادث و بیماری ها، نگهداری و استفاده صحیح از داروها، دربیماری های جزئی و مراقبت بهینه بیماری های مزمن تعریف می شود بر پیروی ازرژیم درمانی و استفاده ازرژیم دارویی تاثیر بسزایی دارد و می تواند به طور چشم گیری باعث کاهش عوارض و مرگ ناشی ازبیماری های مزمن شود. پرستاران با توجه به نقش گسترده ای که در مراقبت از بیماران به عهده دارند می توانند با تاثیر بر پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، توان مراقبتی را در این بیماران افزایش دهند. پرستاران در مواجهه با این بیماران اعتقاد ها و باورهای بیماران را تشخیص می دهند و در صدد رفع نیازهای بیماران در زمینه پیروی از رژیم درمان برمی آیند لذا با این عمل هزینه های مراقبتی بهداشتی کاهش یافته و سطح سلامت جامعه ارتقاء می یابد.دراصول خودمراقبتی نیز ارائه دهندگان خدمات بهداشتی جهت اطمینان از مصرف دارو و پیروی از رژیم درمانی باید اعتقادات بیمار را به عنوان یک عامل مهم تاثیرگذار در نظر بگیرند. لذا این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی – همبستگی تعداد ۱۳۰ نفر از زنان ومردان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی درسال۱۳۹۲ که تشخیص قطعی بیماری پرفشاری خون توسط پزشک متخصص قلب برای آنان داده شده بود، حداقل یک دارو برای درمان فشارخون مصرف می نمودند و از تشخیص بیماری آنان ۳ ماه گذشته بود و یک مرتبه فشارخون آنان کنترل و در پرونده ثبت شده بود با روش مبتنی بر هدف وارد مطالعه گردیدند و با چهارابزار مورد بررسی قرار گرفتند. ۱- پرسشنامه جمعیت شناختی پژوهشگر ساخته شامل ۱۴ سوال ،۲- نسخه ایرانی مقیاس منبع کنترل سلامت شامل ۱۸ عبارت با سه زیر مقیاس منبع کنترل سلامت درونی، دیگران قدرتمند و شانس ،۳- پرسش نامه پیگیری رژیم درمانی بیماری پرفشاری خون هیل_بن، ۴-یک دستگاه فشارسنج مارک یاماسو ساخت کشور ژاپن.

جهت تعیین روایی ابزارهای گردآوری اطلاعات از روش روایی محتوی و صوری استفاده شد، بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد، فرم جمع آوری اطلاعات تهیه و پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور،در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، یک متخصص قلب و پنج پرستار شاغل در بخش قلب قرار داده شد. پس از جمع آوری نظرات، تغییرات لازم با نظر اساتید راهنما و مشاور لحاظ شده و ابزار مذکور مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزارها از تعیین همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) استفاده شد. در این مطالعه میزان آلفا برای زیر مقیاس های پرسش نامه پیروی از رژیم درمانی هیل بن شامل؛ پیروی از رژیم دارویی، پیگیری ملاقات با پزشک و رژیم غذایی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۷، ۰/۸۰ و برای هر یک از زیرمقیاس های پرسش نامه منبع کنترل سلامت شامل؛ منبع کنترل سلامت درونی، دیگران قدرتمند و شانس به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بدست آمد. حداقل آلفا نیز برای قبول همسانی درونی ۷۰ درصد در نظر گرفته شد(۱۸).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

همچنین برای پایایی دستگاه فشار سنج از کالیبراسیون استفاده شد و دستگاه فشار سنج عقربه ای مارک یاماسو ساخت کشور ژاپن انتخاب گردید. دستگاه فشار سنج توسط دستگاه NIBP SIMULATOR ساخت کشور انگلستان کالیبر شد. لازم به ذکر است که در طول پژوهش از یک فشارسنج واحد استفاده گردید.

یافته ها

جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد که با استفاده از آزمون های استنباطی، آزمون های آماری پیرسون، تی تست، آزمون کای اسکوئر و آنالیز واریانس، داده های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین افرادی که فشار خون ۱۴۰/۹۰ و یا بیشتر را داشتند به عنوان فردی که فشار خون کنترل نشده داشت در نظر گرفته شد و افرادی که فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰ داشتند به عنوان فردی که فشار خون کنترل شده داشت در نظر گرفته شد. در این پژوهش درصد نمرات حاصل از پرسشنامه پیروی از رژیم درمانی که بین ۰ تا ۲۵، ۲۵ تا ۵۰، ۵۰ تا ۷۵ و ۷۵ تا ۱۰۰ به ترتیب به عنوان پیروی ضعیف، متوسط، خوب و عالی در نظر گرفته شدند. یافته ها نشانگر آن بود که زنان و مردان به نسبت مساوی (هر گروه ۵۰ درصد)، با میانگین سنی نمونه ها ۶۰/۹۰ اکثراً متأهل، خانه دار، ساکن تهران بوده و تحصیلات ابتدایی داشتند. میانگین مدت ابتلا به پرفشاری خون در نمونه ها ۹/۲ سال بود. در این پژوهش مشخص شد که ۷/۵۷٪نمونه ها، فشارخون کنترل نشده داشتند و ۷/۳۷٪ نمونه ها به علت فشارخون و سکته قلبی بستری شده بودند و ۸/۶۰٪ آنان از یک دارو برای بیماری پرفشاری خون استفاده می کردند. بر اساس یافته های موجود که در راستای هدف اول پژوهش یعنی تعیین میزان پیروی از رژیم درمانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود؛ اکثر بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد پژوهش(۸۵/۴٪) دارای پیروی در حد متوسط بودند. همچنین مشخص شد که در این بیماران میزان پیروی در سطح عالی وجود ندارد و فقط نزدیک به ۶ درصد پیروی خوب داشته اند (جدول شماره ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب میزان پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۲

فراوانی تعداد دارو	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
ضعیف	۱۲	۹/۲
متوسط	۱۱۱	۸۵/۴
خوب	۷	۵/۴
عالی	۰	۰
جمع	۱۳۰	۱۰۰

جدول فوق نشانگر آن است که اکثر افراد مورد پژوهش (۴/۸۵ ٪) در حد متوسط از رژیم درمانی پیروی می کردند.

از طرفی در رابطه با هدف اصلی دیگر پژوهش که تعیین همبستگی میان پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت بود ،یافته ها حاکی از آن بود که میان پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت شانس همبستگی معکوس معنی دار (P<۰/۰۰۱) و با منبع کنترل سلامت درونی و دیگران قدرتمند همبستگی مستقیم معنی دار (P=۰/۰۰۹) وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲): ضریب همبستگی پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت و اجزاء آن در در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۲

اجزاء منبع کنترل سلامت پیروی از رژیم درمانی	ضریب همبستگی اسپیرمن	P-value
منبع کنترل سلامت درونی	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱
منبع کنترل سلامت بیرونی	۰/۲۲۹	۰/۰۰۹
منبع کنترل سلامت شانس	-۰/۷۱۶	<۰/۰۰۱

جدول فوق بیانگر آن است که میان پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل شانس (P<۰/۰۰۱) همبستگی معکوس معنی دار و بامنبع کنترل سلامت درونی(P<۰/۰۰۱) و بیرونی (P=۰/۰۰۹) همبستگی مستقیم معنی دار وجود دارد. همچنین یافته ها نشانگر آن بود که . ۴۰ درصد نمونه ها دارای منبع کنترل سلامت درونی بودند. بدین معنی که ۴۰ در صد نمونه ها سلامتی خود را حاصل رفتارهای خود می دانستند. حدود ۲۶ درصد معتقد به منبع کنترل دیگران قدرتمند بودند و این به این معنی است که سلامتی خود را در متخصصین سلامت، پزشک و خانواده جستجو می کردند. همچنین ۲۹ درصد نیز معتقد به منبع کنترل سلامتی شانس بودند، و این به این معنی است که سلامتی خود را حاصل خوش شانسی و بیماری خود را به علت بد اقبالی، بد شانسی و تقدیر بد خود می دانستند (جدول شماره ۳).

جدول شمارهٔ (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب امتیاز منبع کنترل سلامت در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۲

فراوانی منبع کنترل سلامت	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
منبع کنترل سلامت درونی	۵۳	۴۰/۷۰
منبع کنترل سلامت بیرونی	۳۴	۲۶/۲
منبع کنترل سلامت شانس	۳۷	۲۸/۵
منبع کنترل سلامت درونی و بیرونی	۶	۴/۶
جمع	۱۳۰	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشانگر آن بود که از نظر سنی بیشتر نمونه ها در محدوده سنی ۵۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. این داده ها می تواند حاکی از بروز بیماری پرفشاری خون در سنین بالاتر باشد بطوریکه با افزایش سن میزان ابتلا به پرفشاری خون افزایش می یابد. در سایر مطالعات نیز اثبات شده است که افراد بعد از ۵۰ سالگی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

بیشتر در معرض بیماری پرفشاری خون هستند. در این پژوهش نیز حدود (۳۴٪) درصد نمونه ها بیش از ۵۰ سال سن داشتند. در مطالعه منصوریان و همکاران در سال ۱۳۹۱ در شهر گرگان میانگین سنی افراد با پرفشاری خون ۵۸ سال ودر این پژوهش نیز میانگین سنی نمونه ها حدود ۶۰ سال بود(۴). میانگین مدت ابتلا به پرفشاری خون در نمونه ها ۹/۲ سال بود. بالا بودن این مدت زمان ابتلا مشخص کننده ماهیت مزمن بودن این بیماری است. طولانی بودن مدت زمان ابتلا به اندازه ای است که سبب بر جای گزاردن عوارض این بیماری بر فرد شده و ماهیت خاموش بودن این بیماری را نشان می دهد. بر همین اساس باید مراقبت ها به گونه ای طراحی شود که جلوی عوارض این بیماری گرفته شده و فرد ملزم به پیروی از رژیم درمانی خود گردد. میانگین فشارخون سیستول و دیاستول ثبت شده در پرونده بیماران مبتلا به پرفشاری خون به ترتیب ۷۲/۱۷۱ و ۵۵/۱۰۷ میلی متر جیوه و میانگین فشارخون سیستول و دیاستول اندازه گیری شده به ترتیب ۸۱/۱۳۹ و ۴۴/۹۳ میلی متر جیوه بود. این یافته ها حاکی از آن است که افراد مبتلا به پرفشاری خون قادر نبوده اند فشار خون خود را به خوبی کنترل کنند، چرا که فشار خون دیاستولیک این افراد بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه بوده و بنابراین مناسب نمی باشد.اکثر افراد مورد پژوهش (۵۷٪) فشارخون کنترل نشده داشتند. همانطوریکه می دانیم به علت ماهیت مزمن این بیماری رعایت رژیم درمانی در افراد مبتلا به پرفشاری خون از اهمیت خاصی برخوردار است. این جدول موکد این مطلب است که افراد مورد مطالعه رژیم درمانی خود را به خوبی رعایت نکرده اند. نگوین و همکاران در سال ۲۰۱۳ بیان کردند از بین افرادی که به بیماری خود پی می برند فقط یک سوم آنان فشار خون کنترل شده دارند (۱۹). براساس یافته های حاصل از این پژوهش میزان پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون نشان می دهد،اکثر افراد مورد پژوهش (۴/۸۵٪) از رژیم درمانی بطور متوسط پیروی می کردند.همچنین مشخص شد که در این بیماران میزان پیروی در سطح عالی وجود ندارد و فقط نزدیک به ۶ درصد پیروی خوب را نشان داده اند. در مطالعه هادی و همکاران (۱۳۸۴) مشخص شد که اکثر بیماران مبتلا به پرفشاری خون پیروی مناسبی از رژیم درمانی ندارند که از این جهت همسو با مطالعه حاضر می باشد(۲۰).

ازیافته های دیگر پژوهش این بود که میان پیروی از رژیم درمانی با منبع کنترل سلامت شانس همبستگی معکوس معنی دار و با منبع کنترل سلامت درونی و دیگران قدرتمند همبستگی مستقیم معنی دار وجود داشت. به عبارتی در افرادی که منبع کنترل آنها از نوع شانس بوده است پیروی از رژیم درمانی خوبی نداشته و در افرادی که منبع کنترل آنها از نوع دیگران قدرتمند و درونی بوده است پیروی بهتری از رژیم درمانی داشته اند. در مطالعه Omeje در سال ۲۰۱۱ مشخص شد که افراد با منبع کنترل شانس و دیگران قدرتمند پیروی خوبی از رژیم درمانی ندارند و نشان داده شد که افراد با منبع کنترل درونی پیروی بهتری از رژیم درمانی دارند (۱۴). اما در مطالعه زاهدنژاد و همکاران (۲۰۱۱) علاوه بر ارتباط مثبت و معنی دار بین منبع کنترل سلامت درونی و پیروی از درمان در بیماران دیابتی، بین منبع کنترل سلامت دیگران قدرتمند و پیروی از درمان هم این ارتباط مثبت مشاهده شد و افراد با منبع کنترل سلامت دیگران قدرتمند پیروی بهتری از درمان گزارش کردند و علت آن را نیز این می داند که افراد با منبع کنترل سلامت دیگران قدرتمند چون سلامتی و بیماری را در دستان پزشکان و مراقبین بهداشتی می دانند، پیروی بهتری از درمان و رژیم درمانی خود دارند (۲۱). همچنین براساس یافته های حاصل از پژوهش ۴۰ درصد نمونه ها دارای منبع کنترل سلامت درونی هستند. بدین معنی که ۴۰ در صد نمونه ها سلامتی خود را حاصل رفتارهای خود می دانند و معتقدند سلامتی آنها در کنترل خود آنهاست. در مطالعه صدیقی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهش سلامت از دیدگاه مردم ایران که با نمونه گیری از کل کشور انجام شد به این نتیجه رسیدند که ۵۳ درصد مردم ایران مسئولیت سلامت را خود فرد می دانند. حدود ۲۶ درصد معتقد به منبع کنترل دیگران می باشند و این به این معنی است که سلامتی خود را در متخصصین سلامت، پزشک و خانواده جستجو می کنند. همچنین ۲۹ درصد نیز معتقد به منبع کنترل سلامت شانس هستند، و این به این معنی است که سلامتی خود را حاصل خوش شانسی و بیماری خود را به علت بد اقبالی، بد شانسی و تقدیر بد خود می دانند (۲۱). منبع کنترل سلامت شانس و دیگران که در مجموع منبع کنترل بیرونی را تشکیل می دهند در مجموع حدود ۵۵ درصد از نمونه ها را شامل می شود. به این معنی که ۵۵ درصد نمونه ها معتقد به منبع کنترل سلامت بیرونی هستند. درمان موثر بیماری های مزمن نیازمند درگیر شدن مداوم بیمار در فعالیت های مراقبتی و درمانی است. زمانی می توان در مدیریت این بیماری ها موفقیت حاصل نمود که بتوان منابع دخیل و رویکردهای مناسب در تقویت رفتارهای خودمراقبتی در بیمار را شناسایی و تقویت نمود که شناسایی منبع کنترل سلامت یکی از آنهاست. منبع کنترل سلامت یکی از شاخص های بهداشتی برای طرح ریزی برنامه های آموزش بهداشت و نیز به عنوان یک سازه در درک و پیش بینی رفتارهای بهداشتی محسوب می شود و اگر منبع کنترل سلامت نادیده گرفته شود عوارض بیماری ها افزایش پیدا می کند.بنابراین منبع کنترل سلامت یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی در افراد مبتلا به پرفشاری خون است. امید است با در نظر گرفتن این عوامل در برنامه های آموزش مداخلات بهداشتی، گامی هر چند کوچک در بهبود خودمراقبتی بیماران برداشت.

تقدیر و تشکر

از کلیه افرادی که دراین پژوهش صمیمانه همکاری داشتند تشکر و قـدردانی می شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

Correlation between self care and compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension

Z. Safavi Bayat (PhD)*[1], M. Taher[2](MSc)

1.Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran,I.R.Iran
2.Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, I.R.Iran

Quarterly Journal of Caspian Health and Aging; 1(1);Winter 2016;pp:42-48
Received: Jun 3ed 2016, Revised: Jul 26th , Accepted: Oct 1st 2016

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE Self – care refers to the responsibility of individuals against their health. Adherence of treatment regimen and drug use dramatically reduces complications and mortality of chronic disease. The locus of control in individuals is one of the studied issue to ensure taking medication and adherence to regimen. According to reports provided by the World Health Organization, lack of comply with treatment regimen, particularly for patients with chronic disease is a major global concern. Hypertension is also known as a chronic disease. Worldwide prevalence of hypertension have caused serious complications. The disease has become a health problem in all communities. The aim of this study was to analyze the correlation between the treatment regimen and health locus of control in hypertension patients.

Methods: In this descriptive - correlation study, 130 patients with high blood pressure referred to Taleghani Hospital Heart Clinic, Shahid Beheshti Medical University, were entered into the study. Information was gathered using the demographic questionnaire, health locus of control and treatment regimen scale. The patient's blood pressure was measured twice and the mean was compared with the first blood pressure recorded. Data were analyzed using SPSS 17.

FINDINGS: The results showed that there was a direct correlation between the adherence to the treatment regimen and internal health locus of control (p=0.009). In patients with internal health locus of control, better compliance with treatment regimen was detected.

CONCLUSION Health locus of control is associated with treatment regimen. Considering the health locus of control can help nurses and managers in their health programs and also can motivate patients to participate in their self-care and improve the care quality.

KEY WORDS: *hypertension, treatment, health, locus.*

Please cite this article as follows:

Safavi Bayat Z, Taher M. Correlation between self care and compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension.cjhaa.2016;1(1):42-48.

* **Corresponding author :**Z. Safavi Bayat (PhD)
Address : Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
Tel:+ 989125508846
E-mail :zahrasb16@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

References

1.Bagheri Lankarani N,Azin SA, jahangiri K, Seddighi J, aeenparast A, omidvari S, et al. Chronic diseases in a population-based study: Iranian Health Perception Survey (IHPS). Payesh Journal. 2011; (3)10:391-395.

2.Hatami H . Textbook of Public Health. 3ed.vol 3. Tehran:Argomand; 2014.

3. Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2011;1(3):116-22.

4.Mansourian M. Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan. Iranian Nursing Scientific Association .2013;1(2):23-28.

5.Krousel-Wood MA, Frohlich ED. Hypertension and depression: coexisting barriers to medication adherence. The Journal of Clinical Hypertension.2010;12 (7): 481-86.

6.Nair KV, Belletti AD, Doyle J, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. Patient preference and adherence.2011;5:195-206.

7.Markou AL, van der Windt A, van Swieten HA, Noyez L. Changes in quality of life, physical activity, and symptomatic status one year after myocardial revascularization for stable angina. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2008;34 (5):1009-15.

8.Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Felizardo Neves SJ, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2012;99 (1):649-58.

9.Cohen CJ, Meyers J L, Davis KL. Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalisation risk, and other healthcare utilisation and costs in a US medicaid population with HIV. BMJ open. 2013; 3 (8):12-22.

10.Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens M. Treatment adherence in chronic disease. Journal of Clinical Epidemiology. 2001; 54 (12): 57-60.

11.Keeley RD, Driscoll M. Effects of emotional response on adherence to antihypertensive medication and blood pressure improvement. International journal of hypertension .2013; 3(2): 1-8.

12.Smeltzer S, Bare BG. Brunner and Suddarths Text Book of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott co;2008.

13.Schneider MP, Krummenacher I, Figueiredo H, Marquis J, Bugnon O. Adherence: a review of education, research, practice and policy in Switzerland. Pharmacy Practice. 2009; 7 (2): 63-73.

14.Omeje O, Nebo C. The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. Patient preference and adherence. 2011;5: 141-8.

15.Niven N. Health Psychology.2th edition. Churchill living Stone:1994.

16.Mazaheri S, Zarabian M K, Samadi M J. Assessment of Personality Types and Locus of Control in Multiple Sclerosis Patients. Sci J Hamadan Univ Med Sci . 2008; 15 (2) :48-51.

17. Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The relationship between health locus of control and life style in pregnant women. Armaghane danesh. 2010; 15(2) :161-170.

18.Polit DF, Beck TC. Statistic Methods in Health Care Research. 5th edition. Philadelphia, Mosby:2006.

19.Nguyen H, Odelola OA, Rangaswami J,Amanullah A. A Review of Nutritional Factors in Hypertension Management. International journal of hypertension .2013;6(2):1-12.

20.Hadi A. Assess the determinants of adherence to medication regimen in patients with high blood pressure. Medical Jondishapour Journal.2003;4(3):223-9.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]

21.Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Relationship betweeh Health Locus of Control, slip Memory and Physician–Patient relationship with Adherence in Type II Diabetic Patients. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.2012;20:249-58.
22.Mafton F, Sedighi j, farzadi f, Ebadi M, Omidvari A, Azin SA, et al.Who is responsible for health:Iranian health perception survey. Payesh Journal.2011;10(3):347-53.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.22088/cjhaa.1.1.42]