DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555 Published by Vesnu Publications

ارتباط باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی– درمانی شهر اصفهان

فاطمه آسایشی[۱]، فیروزه مصطفوی[۲]، اکبر حسن‌زاده[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تبعیت از درمان، عامل مهمی در درمان پرفشاری خون می‌باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که باورهای مرتبط با دارو بر تبعیت از درمان مؤثر است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۳۰۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، از بین مراجعان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه باورهای دارویی (Beliefs about medicines questionnaire یا BMQ) و پرسش‌نامه تبعیت از درمان (Morisky Medication Adherence Scale یا MMAS) جمع‌آوری گردید. پایایی پرسش‌نامه‌های BMQ و MMAS در مطالعات داخلی به ترتیب با ۰/۷۱ و ۰/۶۹ تأیید شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t و ضرایب همبستگی Pearson و Spearman در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵۰$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان ۶/۱۶ ± ۵۸/۵۵ سال بود و ۶۸/۳ درصد از آنان را زنان تشکیل دادند. بین باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($r = ۰/۲۱$ و $P = ۰/۰۰۱$). سن و جنسیت بیماران ارتباط معنی‌داری را با تبعیت از درمان و باورهای دارویی نشان نداد ($P > ۰/۰۵۰$). رابطه بین سطح تحصیلات و شغل با نمره باورهای دارویی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$)، اما ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و شغل با تبعیت از درمان وجود نداشت ($P > ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: باورهای دارویی می‌تواند در میزان تبعیت از درمان مؤثر باشد. همچنین، مداخلات آموزشی در مبتلایان به بیماری پرفشاری خون با تأکید بر ارتقای باورهای مثبت افراد نسبت به مصرف داروها، میزان تبعیت از درمان را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: باور، تبعیت از درمان، پرفشاری خون

ارجاع: آسایشی فاطمه، مصطفوی فیروزه، حسن‌زاده اکبر. **ارتباط باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۱): ۳۷-۳۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۵

مقدمه

فشار خون بالای شریانی، از نظر پزشکی و اجتماعی یک بیماری بسیار مهم محسوب می‌شود. بیش از ۲۶ درصد از جمعیت بزرگسال سراسر جهان، به عنوان افراد دارای پرفشاری خون تشخیص داده شده‌اند. شیوع این بیماری با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و یکی از علل عمده مرگ زودرس می‌باشد (۱). بر اساس تخمین‌ها، سالانه ۷/۱ میلیون نفر از پرفشاری خون و بیماری‌های مرتبط با آن می‌میرند و این مشکل همچنان در حال گسترش است (۲). در کشور ما حدود ۱۰ میلیون نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال به پرفشاری خون مبتلا هستند و برآورد می‌شود که ۸۶۵۰۰ مورد مرگ در سال مربوط به این بیماری باشد(۳). بر اساس شواهد موجود، در صورت عدم درمان مناسب، ۵۰ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون در اثر بیماری‌های عروق کرونر، ۳۳ درصد در اثر سکته مغزی و ۱۵-۱۰ درصد در اثر نارسایی کلیوی فوت می‌کنند (۴)؛ در حالی که تشخیص و درمان مؤثر و زودهنگام این بیماری می‌تواند از عوارض بلند مدت و متعدد آن پیشگیری نماید (۵).

یکی از عوامل اساسی در کنار تشخیص و ارایه درمان مؤثر برای بیماران، میزان رعایت درمان‌های مشخص شده از سوی بیمار می‌باشد (۶، ۵). تبعیت از درمان نقش مهمی در کنترل پرفشاری خون دارد و یک فرایند رفتاری پیچیده است که عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تأثیر می‌گذارد (۷). به طور متوسط، عدم تبعیت از درمان‌های طولانی مدت در بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه یافته حدود ۵۰ درصد تخمین زده می‌شود. این مسأله به طور فزاینده بار سلامت قابل توجهی برای عموم مردم دارد (۱). میزان بستری شدن در بیمارستان به علت پایبندی ضعیف به دارو در ایالات متحده آمریکا، از ۳۳ درصد

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- مربی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: فیروزه مصطفوی
Email: f_mostafavi@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]

به ۶۹ درصد رسیده است که هزینه‌ای حدود ۱۰۰ میلیارد دلار در سال را به سیستم سلامت این کشور تحمیل می‌کند (۲). عوامل متعددی ممکن است سبب اختلال در پایبندی به دارو درمانی شود که از آن جمله می‌توان به رژیم‌های دارویی پیچیده، میزان دوز دارو، عوامل رفتاری، عوارض جانبی دارو، برنامه‌های درمانی پیچیده، مشکل در درک نسخه‌های پزشکی، درمان بیماری بدون علامت، جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی و نگرانی و باورهای مربوط به بیماری و درمان اشاره کرد (۸، ۲).

وجود ارتباط بین پایبندی به درمان و باورها در چندین تحقیق مورد تأیید قرار گرفته است (۱۰، ۹). نتایج مطالعه Fernandez-Arias و همکاران نشان داد که باورهای مرتبط با دارو درمانی مانند مضر بودن داروها و نگرانی در مورد مصرف داروها، با تبعیت از درمان ارتباط معکوسی داشت و باورهای مبنی بر ضرورت مصرف داروها، سبب افزایش تبعیت از درمان شد. در مطالعه آنان، ۵۷ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون، تبعیت از درمان پایینی داشتند (۱۰). همچنین، Isaza و همکاران به این نتیجه رسیدند که باورهای مثبت در مورد دارو درمانی، سبب افزایش تبعیت از درمان می‌شود (۱۱). مینایان و همکاران در پژوهش خود به بررسی نقش باور بیماران در پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به آسم، سرطان و پیوند کلیه پرداختند و مشخص گردید که بیماران دارای باورهای قوی صرف نظر از نوع بیماری، همکاری بیشتری با درمان داشتند (۱۲).

باور بیماران درباره داروها دو جنبه دارد؛ یک بخش مربوط به باورهای بیماران در مورد داروهای خودشان است که به آن باور خاص گفته می‌شود و دیگری مربوط به باورهای بیماران در مورد داروها به طور کلی می‌باشد که از آن به عنوان باور عمومی یاد می‌شود. بخش باور خاص دارای دو قسمت می‌باشد. بخش ضرورت خاص که نظر بیماران را در مورد اهمیت داروهایشان می‌سنجد و بخش نگرانی‌های خاص که اعتقادات بیماران را در مورد آسیب‌ها و عوارض دارویی بیان می‌کند. با وجود این که باورها در مورد داروها در نقاط مختلف جهان مورد مطالعه قرار گرفته، اما پژوهش کافی در مورد باورهای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در کشورهای در حال توسعه و چگونگی تأثیر آن بر پایبندی به درمان صورت نگرفته است (۹). در کشور ما نیز مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در این زمینه انجام نشده است. بنابراین، تحقیق حاضر به بررسی ارتباط باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون پرداخت.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ و در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان انجام شد. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، ۲۵۵ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۵ درصد، ۳۰۰ نفر به دست آمد. پس از اخذ مجوزهای لازم، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۶ مرکز از میان مراکز بهداشتی شماره ۱ و ۲ شهرستان اصفهان انتخاب شد. برای تکمیل پرسش‌نامه به صورت حضوری با بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مرکز بهداشت مصاحبه صورت گرفت. دسترسی به نمونه‌ها به این گونه بود که محقق در ساعات کاری مراکز بهداشت به آنجا مراجعه می‌کرد و در یکی از اتاق‌ها با بیمارانی که برای دریافت مراقبت مراجعه می‌کردند، مصاحبه می‌نمود. هر مصاحبه به طور متوسط ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول انجامید. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه، مبتلا به پرفشاری خون و مصرف کننده دارو و گروه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سه قسمتی استفاده گردید. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران (سن، جنسیت، تحصیلات، طول مدت بیماری و شغل)، بخش دوم پرسش‌نامه باورهای دارویی (Beliefs about medicines questionnaire یا BMQ) و بخش سوم پرسش‌نامه تبعیت از درمان (Morisky Medication Adherence Scale یا MMAS) بود.

پرسش‌نامه BMQ باور بیماران درباره داروهایشان را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل شده است که بخش اول ۵ سؤال را مطرح و باور بیمار درباره ضرورت درمان را ارزیابی می‌کند و بخش دوم با طرح ۵ سؤال، نگرانی بیمار از درمان دارویی و وابستگی به داروها را می سنجد. پاسخ‌های سؤالات بر مبنای مقیاس لیکرت است و شامل گزینه‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می‌باشد. نمرات دو بخش ضرورت و نگرانی از مصرف دارو با هم جمع زده می‌شود تا یک نمره مقیاس حاصل گردد. بنابراین، نمرات کل برای بخش‌های ضرورت و نگرانی، از ۵ تا ۲۵ متغیر می‌باشد. بیمارانی که نمره ضرورت درمان آن‌ها بالاتر از ۱۳ باشد، باور قوی دارند و بیمارانی که نمره نگرانی از درمان آن‌ها بالاتر از ۱۳ باشد، دارای نگرانی زیادی نسبت به مصرف داروهایشان هستند و در نهایت، تفاضل نمره (ضرورت- نگرانی) به عنوان معیاری برای باور بیماران درباره داروها در نظر گرفته می‌شود؛ به طوری که هرچه این نمره بالاتر باشد، باور بیماران درباره داروهایشان و مفید بودن آن‌ها قوی‌تر است (۱۵-۱۳). روایی و پایایی پرسش‌نامه BMQ در پژوهش‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است (۱۵، ۹). پایایی این مقیاس در مطالعه مینایان و همکاران با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، تأیید شده است (α = ۰/۷۱) (۱۲).

پرسش‌نامه MMAS از ۸ بخش تشکیل شده است که ۷ بخش اول دارای دو پاسخ بله یا خیر می‌باشد که به پاسخ بله، نمره ۱ و به پاسخ خیر، نمره صفر تعلق می‌گیرد، اما بخش هشتم بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است که شامل گزینه‌های «هرگز، گاهی، در یک لحظه، بعضی اوقات، معمولاً و همیشه» می‌باشد و به پاسخ هرگز، نمره ۱ و به بقیه پاسخ‌ها نیز نمره صفر تعلق می‌گیرد (۱۶، ۱). کل نمره پرسش‌نامه MMAS از صفر تا ۸ در نظر گرفته شده است و هرچه قدر نمره بالاتر باشد، پایبندی به درمان نیز بالاتر است. به این ترتیب، که نمره ۸ نشان دهنده تبعیت بالا، نمره ۷-۶ نشان دهنده تبعیت متوسط و نمره ۵-۰ نشان دهنده تبعیت پایین می‌باشد (۱۶، ۹). روایی و پایایی پرسش‌نامه MMAS در مطالعات خارجی تأیید شده است (۱۷، ۱۰، ۹، ۲، ۱). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش محرم‌زاد و همکاران در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون از طریق ضریب Cronbach's alpha تأیید گردید (α = ۰/۶۹) (۱۸).

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t و ضرایب همبستگی Pearson و Spearman در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. P < ۰/۰۵۰ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]

یافته‌ها

از مجموع ۳۰۰ بیمار شرکت کننده در مطالعه، ۶۸/۳ درصد آنان را زنان تشکیل دادند. میانگین سن نمونه‌ها، ۶/۱۶ ± ۵۸/۵۵ سال و میانگین طول مدت ابتلا به بیماری پرفشاری خون ۶۸/۶۵ ± ۷۷/۸۰ ماه بود. ۴۸/۷ درصد از بیماران تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و بقیه بیماران بی‌سواد، دیپلم یا بالاتر از دیپلم بودند. ۶۴/۳ درصد مشارکت کنندگان از نظر شغلی خانه‌دار و سایر بیماران بازنشسته، کارمند یا دارای شغل آزاد بودند (جدول ۱). میزان تبعیت از درمان در ۵۵/۷ درصد از بیماران پایین (نمره ۵–۰)، در ۳۴/۰ درصد نمونه‌ها در حد متوسط (نمره ۷–۶) و در ۱۰/۳ درصد در حد بالایی (نمره ۸) قرار داشت.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	مشخصات دموگرافیک	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۲۰۵ (۶۸/۳)
	مرد	۹۵ (۳۱/۷)
تحصیلات	بی‌سواد	۸۸ (۲۹/۳)
	زیر دیپلم	۱۴۶ (۴۸/۷)
	دیپلم	۴۳ (۱۴/۳)
	بالاتر از دیپلم	۲۳ (۷/۷)
شغل	خانه‌دار	۱۹۳ (۶۴/۳)
	کارمند	۲ (۰/۷)
	آزاد	۳۶ (۱۲/۰)
	بازنشسته	۶۹ (۲۳/۰)

نتایج آزمون Independent t نشان داد که میانگین نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی و تبعیت از درمان بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین نمرات باورهای دارویی و تبعیت از درمان در بیماران مرد و زن

متغیر	مردان	زنان	P
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
نمره باور کلی	۳۴/۴ ± ۴/۶	۳۵/۱ ± ۴/۲	۰/۲۲۰
نمره ضرورت مصرف دارو	۱۸/۴ ± ۲/۸	۱۹/۴ ± ۲/۶	۰/۰۰۳
نمره نگرانی از مصرف دارو	۱۴/۱ ± ۴/۰	۱۴/۴ ± ۳/۳	۰/۵۱۰
نمره تبعیت از درمان	۵/۳ ± ۲/۰	۵/۱ ± ۱/۸	۰/۳۶۰

یافته‌ها نشان داد که بین نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی و نمره تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت (r = ۰/۲۱ و P = ۰/۰۰۱). همچنین، بین نمره تبعیت از درمان و نمره نگرانی از مصرف دارو رابطه معکوسی مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش میزان نمره نگرانی، نمره تبعیت از درمان کاهش یافت (جدول ۳).

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین نمرات باورهای مرتبط با دارو درمانی و تبعیت از درمان

نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی	تبعیت از درمان	
	r	P
نمره ضرورت مصرف دارو	۰/۰۵۶	۰/۳۳۵
نمره نگرانی از مصرف دارو	−۰/۲۱۶	۰/۰۰۱
نمره باور کل مرتبط با دارو	۰/۲۰۹	۰/۰۰۱

بر اساس یافته‌های به دست آمده، بین سن با میانگین نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی و نمره تبعیت از درمان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، اما مدت زمان مصرف دارو با نمره ضرورت مصرف دارو رابطه مستقیمی را نشان داد، ولی با سایر متغیرها رابطه معنی‌داری نداشت. ارتباط بین سطح تحصیلات و نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی، معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱) (جدول ۴).

بحث

پایبندی به درمان، عامل مهمی در جهت کنترل پرفشاری خون به شمار می‌رود. به علت شیوع این بیماری و افزایش عوارض ناشی از آن، این مشکل از جنبه‌های سلامتی و اقتصادی بسیار مهم است (۱۹). از آن‌جا که یکی از عوامل مؤثر در تبعیت از درمان، باورها و ادراک دارویی بیماران می‌باشد، در مطالعه حاضر ارتباط باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی و نمره تبعیت از درمان ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. مطالعات بسیاری باور بیماران درباره داروهایشان را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در میزان همکاری با درمان دارویی معرفی کرده‌اند. بنابراین، افزایش آگاهی بیماران به منظور تقویت باورهای مثبت در آنان بسیار حایز اهمیت است (۲۱، ۲۰، ۹).

میناییان و همکاران با انجام پژوهشی به این نتیجه رسیدند که باور بیماران درباره داروهایشان، با همکاری آنان با درمان ارتباط قوی دارد و در نهایت، مشخص گردید که بیماران دارای باورهای قوی صرف نظر از نوع بیماری، همکاری بیشتری با درمان داشتند (۱۲).

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین سن، مدت زمان مصرف دارو و تحصیلات با نمرات باورهای مرتبط با دارو درمانی و تبعیت از درمان

متغیر	سن		مدت زمان مصرف دارو		تحصیلات	
	r	P	r	P	r	P
نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی	−۰/۰۲۰	۰/۶۷	۰/۰۲۹	۰/۶۱	−۰/۲۵	۰/۰۰۱
نمره تبعیت از درمان	۰/۰۱۳	۰/۸۲	۰/۰۳۹	۰/۵۰	۰/۰۹	۰/۱۱۰

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میزان تبعیت از درمان در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی پایین است. نتایج تحقیق هادی نیز نشان داد که میزان پیروی از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون پایین می‌باشد (۷) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت، اما نتایج پژوهش مسرور رودسری و همکاران حاکی از آن بود که تبعیت از رژیم درمانی در بیشتر بیماران مبتلا به پرفشاری خونی تا حدودی مطلوب است (۲۲). اختلاف نتایج در میزان تبعیت از درمان را می‌توان به تفاوت در کیفیت آموزش‌های ارایه شده به بیماران در مراکز بهداشتی مختلف نسبت داد.

مطابق نتایج مطالعه حاضر، بین سن و جنس و میانگین نمره باورها و تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. تحقیق میناییان و همکاران به این نتیجه دست یافت که ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و همکاری با مصرف دارو وجود نداشت. میزان همکاری با درمان در گروه‌های سنی کمتر از ۶۵ سال بیشتر بود (۱۲). همکاری بیشتر جوانان با درمان دارویی می‌تواند به علت انگیزه بالای آنان برای حفظ سلامتی خودشان باشد (۲۳، ۱۲). همچنین، پژوهش Lalic و همکاران نتیجه‌گیری کرد افراد مسنی که مدت زمان طولانی تحت درمان بیماری پرفشاری خون قرار داشتند و تعداد داروی زیادتری مصرف می‌کردند، درجه پایین‌تری از پایبندی را نشان دادند، اما بیماران جوان‌تر از ۶۵ سال، پایبندی بیشتری در مقایسه با افراد مسن داشتند. یکی از دلایل پایبندی ضعیف به درمان در افراد مسن، ابتلای آنان به اختلالات شناختی است که امکان اشتباه در مصرف درست دارو را افزایش می‌دهد (۱). نتایج مطالعه هادی (۷) با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود و نشان داد که بین افراد بالای ۵۰ سال و کمتر از ۵۰ سال، از نظر تبعیت از رژیم دارویی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در کل، رابطه بین سن و میزان همکاری با درمان بسیار پیچیده است و عوامل مختلف جسمی و روانی برآن تأثیر می‌گذارد (۷). متفاوت بودن نتایج پژوهش‌ها می‌تواند به دلیل روش‌های مختلف مورد استفاده برای مطالعه، نوع مطالعه و نوع بیماران مورد بررسی باشد (۹).

در پژوهش حاضر، مدت زمان مصرف دارو با نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی و تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری نداشت. در مطالعه Fernandez-Arias و همکاران نیز بین پایبندی به درمان و طول مدت درمان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۱۰)، اما نتایج تحقیق هادی نشان داد که هر چقدر طول مدت درمان بیشتر باشد، درصد پیروی از درمان بالاتر است و بیمارانی که بیش از پنج سال داروی فشار خون مصرف می‌کردند، پیروی بهتری از درمان داشتند (۷). می‌توان این نتیجه را به این مسأله نسبت داد که عوارض جانبی داروها در اوایل درمان بیشتر ظاهر می‌شود و بیمار هنوز اثرات مثبت دارو را در زندگی خود مشاهد نکرده است، اما این مشکل با گذشت زمان کمتر می‌شود (۲۲). در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما این رابطه بین سطح تحصیلات و نمره تبعیت از درمان معنی‌دار نبود. مطالعه Rao و همکاران (۲۴) نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. آنان نیز بین وضعیت سواد و میزان تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری یافت نکردند (۲۴)، اما یافته‌های تحقیق میناییان و همکاران نشان داد که در دو گروه بیماران مبتلا به آسم و بیماران پیوند کلیه، ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین سطح تحصیلات و همکاری با درمان وجود داشت؛ به طوری که که با افزایش میزان تحصیلات، میزان پایبندی به درمان در بیماران افزایش یافت، اما در گروه بیماران مبتلا به سرطان، بین همکاری با درمان و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۲) که این امر شاید به دلیل نوع دیدگاه مبتلایان به سرطان در رابطه با وخامت بیماری‌شان باشد که باعث افزایش پایبندی آنان به درمان می‌شود. در بررسی حاضر بین شغل بیماران با نمره باورهای مرتبط با دارو درمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما با نمره تبعیت از درمان رابطه‌ای مشاهده نشد. نتایج مطالعه هادی نشان داد که بین شغل و میزان پیروی از رژیم دارویی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. در کل، رابطه میان متغیرهای دموگرافیک و میزان پایبندی به درمان ضعیف و ناپایدار است (۷) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو بود.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این که پرسش‌نامه‌ها از طریق مصاحبه و خودگزارش‌دهی تکمیل گردید. در پرسش‌نامه‌های خوداظهاری، اغلب بیماران درجات متفاوتی از تبعیت از درمان را گزارش می‌کنند که ممکن است با واقعیت مطابقت نداشته باشد و این خود می‌تواند باعث تورش در اطلاعات گردد. ضمن این که پژوهش حاضر در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی صورت گرفت. بنابراین، بیمارانی که به مراکز بهداشتی مراجعه نمی‌کردند، از مطالعه حذف شدند که این خود عاملی برای ایجاد تورش می‌باشد. بنابراین، نتایج مطالعه قابلیت تعمیم‌پذیری به تمام بیماران مبتلا به پرفشاری خون را ندارد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگر میزان باورهای بیماران در مورد چگونگی بیماری‌شان بهبود پیدا کند، میزان تبعیت از درمان آنان نیز افزایش می‌یابد. بنابراین، اگر آگاهی بیماران در مورد ضرورت مصرف دارو و آسیب‌ها و عوارض احتمالی داروهایشان افزایش پیدا کند، می‌توان باور آنان را در زمینه مصرف دارو تقویت نمود که این امر می‌تواند میزان پیروی آنان را از درمان دارویی افزایش دهد و در نتیجه، هزینه‌های درمانی کاهش می‌یابد و باعث کاهش بار اقتصادی بر جامعه می‌گردد. بنابراین، می‌توان با انجام مداخلات آموزشی از طریق برگزاری جلسات آموزشی و در اختیار قرار دادن جزوات آموزشی در این زمینه، به این مهم دست یافت.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایانامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۹۴۰۹۸، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه استادان و همکاران محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه و کارکنان بخش آمار و مدارک پزشکی و پزشکان مراکز بهداشتی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Lalic J, Radovanovic RV, Mitic B, Nikolic V, Spasic A, Koracevic G. Medication adherence in outpatients with arterial hypertension. Acta Facultatis Medicae Naissensis 2013; 30(4): 209-18.
2. Lee GK, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE, Wong MC. Determinants of medication adherence to antihypertensive

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]

medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One 2013; 8(4): e62775.
3. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data،Iran (Islamic Republic of): country profiles [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: http://www.who.int/nmh/countries/irn_en.pdf?ua=1.
4. World Health Organization. Cardiovascular disease: A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en
5. Sung SK, Lee SG, Lee KS, Kim DS, Kim KH, Kim KY. First-year treatment adherence among outpatients initiating antihypertensive medication in Korea: Results of a retrospective claims review. Clin Ther 2009; 31(6): 1309-20.
6. Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, Frossard PM, et al. Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. PLoS One 2007; 2(3): e280.
7. Hadi N. Rostami-Gooran N. Determinant Factors of Medication Compliance in Hypertensive patients of Shiraz, Iran. Arch Iranian Med 2004; 7 (4): 292-6
8. Obreli-Neto PR, Guidoni CM, de Oliveira Baldoni A, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti-Franco WP, et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. Int J Clin Pharm 2011; 33(4): 642-9.
9. AlHewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. Int J Family Med 2014; 2014: 479596.
10. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. PLoS One 2014; 9(12): e112875.
11. Isaza CA, Moncada JC, Mesa G, Osorio FJ. Effectiveness of treatments for hypertension in a sample of Colombian patients. Biomedica 2004; 24(3): 273-81.
12. Minaiyan M, Taheri M, Mirmoghtadaee P, Maracy MR. Comparative role of patient's belief about prescribed medicine and de-mographic factors in adherence to drug treatment in asthma, renal failure and cancer diseases. J Isfahan Med Sch 2011; 29(156): 4. [In Persian].
13. Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: A questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2005; 44(6): 762-7.
14. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res 1999; 47(6): 555-67.
15. Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke M, Kaptein AA, Leufkens HG, Raaijmakers JA, et al. Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. J Psychosom Res 2008; 64(1): 47-54.
16. Khosravizade Tabasi H, Madarshahian F, Khoshniat Nikoo M, Hassanabadi M, Mahmoudirad G. Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. J Diabetes Metab Disord 2014; 13(1): 113.
17. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich) 2008; 10(5): 348-54.
18. Moharamzad Y, Saadat H, Nakhjavan Shahraki B, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H, et al. Validation of the Persian Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian Hypertensive Patients. Glob J Health Sci 2015; 7(4): 173-83.
19. Abdulameer SA, Sahib MN, Aziz NA, Hassan Y, Alrazzaq HA, Ismail O. Physician adherence to hypertension treatment guidelines and drug acquisition costs of antihypertensive drugs at the cardiac clinic: A pilot study. Patient Prefer Adherence 2012; 6: 101-8.
20. Fawzi W, Abdel Mohsen MY, Hashem AH, Moussa S, Coker E, Wilson KC. Beliefs about medications predict adherence to antidepressants in older adults. Int Psychogeriatr 2012; 24(1): 159-69.
21. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. Am J Health Syst Pharm 2009; 66(7): 657-64.
22. Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Parsa yekta Z, Haghani H. Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. Iran J Nurs 2013; 26(85): 44-54. [In Persian].
23. Gili M, Roca M, Ferrer V, Obrador A, Cabeza E. Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program. Cancer Detect Prev 2006; 30(4): 354-60.
24. Rao CR, Kamath VG, Shetty A, Kamath A. Treatment compliance among patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus in a coastal population of southern India. Int J Prev Med 2014; 5(8): 992-8.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]

DOI: *10.22122/jhsr.v13i1.2555* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 02.08.2015

Vol. 13, No. 1, Spring 2017 Accepted: 17.10.2015

The Relation between Medication-Related Beliefs and Treatment Adherence in Patients with Hypertension in Urban Health Care Centers in Isfahan, Iran

Fatemeh Asayeshi[1], Firoozeh Mostafavi[2], Akbar Hassanzadeh[3]

Original Article

Abstract

Background: Treatment adherence is a major factor in the treatment of hypertension. Some studies have suggested that medication-related beliefs are effective on treatment adherence. Therefore, this study was conducted with the aim to determine the relationship between medication-related beliefs and treatment adherence in patients with hypertension.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 300 patients with hypertension who referred to health care centers in Isfahan, Iran in 2015. The participants were selected using classified random sampling. Data were collected using a demographic characteristics questionnaire, the Beliefs about Medicine Questionnaire, and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). The reliability of the BMQ and MMAS has been, respectively, reported as 0.71 and 0.69 in Iranian studies. Data were analyzed using the Pearson correlation coefficient, Spearman's correlation, and independent t-test in SPSS software. All P values of less than 0.05 were considered significant.

Findings: The mean age of participants was 58.55 ± 6.16 years and 68.3% of them were women. There was a significant correlation between medication-related beliefs and treatment adherence ($r = 0.21$, $P = 0.001$). The gender and age of patients did not have a significant relation with medication-related beliefs and treatment adherence ($P > 0.050$). Education level and occupation had significant relations with medication-related beliefs ($P < 0.050$). However, education level and occupation did not have significant relations with treatment adherence ($P > 0.050$).

Conclusion: Medication-related beliefs can affect treatment adherence. Educational interventions in patients with hypertension can increase treatment adherence through emphasizing positive beliefs about medication use.

Keywords: Culture, Medication adherence, Hypertension

Citation: Asayeshi F، Mostafavi F، Hassanzadeh A. **The Relation between Medication-Related Beliefs and Treatment Adherence in Patients with Hypertension in Urban Health Care Centers in Isfahan, Iran.** J Health Syst Res 2017; 13(1): 32-7.

1- Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Lecturer, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Firoozeh Mostafavi, Email: f_mostafavi @yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2555]