ادراک افراد مبتلا به پرفشاری خون از بیماری و درمان آن: یک مطالعه مروری

غلامرضا شریفی‌راد[۱]، فیروزه مصطفوی[۲]، عزیز کامران[۳]، سیامک محبی[۴]، کمال میرکریمی[۵]

مقاله مروری

چکیده

پرفشاری خون یک مشکل بزرگ بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است و همه‌گیری رو به افزایش این بیماری در جهان هشداری جدی برای توجه بیشتر به این بیماری می‌باشد که به طور عمده خاموش است. این مطالعه با هدف، بررسی ادراک بیماران مبتلا به پرفشاری خون از بیماری و درمان آن در مقالات منتشر شده انجام شد. مطالعه حاضر از نوع مروری سیستماتیک بود و جستجوی مقالات کیفی در پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانی و بین‌المللی Iran Medex، SID، PubMed، ISI web of knowledge، Embase، Medline و Google Scholar با کلید واژه‌های «پرفشاری خون و پیگیری درمان» و در محدوده زمانی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۲ میلادی انجام گرفت. معیار ورود مقالات به مطالعه شامل کیفی بودن مطالعه، بررسی دیدگاه‌ها، ادراک و تجارب بیماران مبتلا به پرفشاری خون و انتشار مقاله به زبان فارسی و انگلیسی بود. مطالعاتی که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند دیابت و بیماری‌های قلبی- عروقی را در برمی‌گرفت و مطالعات مربوط به پرفشاری خون دوران بارداری از بررسی خارج شدند. از تعداد ۵۷ مقاله یافت شده، تعداد ۳۸ مقاله در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و یافته‌های حاصل از این مقالات در قالب دو درون‌مایه: الف. پرفشاری خون از دیدگاه بیماران و ب. پیگیری درمان، دیدگاه‌ها و دلایل به دست آمدند. استرس به عنوان یک عامل و پیامد ناشی از بیماری مورد توجه بود. بیماران ادراک منفی نسبت به درمان داشته و آن را نامطلوب می‌دانستند و در برخی موارد وجود یا عدم وجود علایم بالینی عاملی برای قطع یا کاهش مصرف دارو محسوب می‌شد. عدم مصرف و یا کاهش آن دلایل غیر عمدی نیز داشت که شایع‌ترین آن‌ها، فراموشی مصرف دارو، نداشتن وقت و اشتغال بیش از حد، هزینه زیاد دارو و ویزیت پزشکی و تغذیه درمانی و نداشتن بیمه بود. در برخی موارد بیمار به طور عمد و با آگاهی کامل تصمیم به قطع و یا کاهش دارو می‌گیرد و این مسأله می‌تواند توجیهی برای اثربخشی کوتاه مدت و یا بی‌اثر بودن مداخلات درمانی و آموزشی باشد. بنابراین توجه به نگرانی‌ها و ادراک بیماران در مداخلات برای موفقیت در درمان و کنترل بیماری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: پرفشاری خون، مطالعه مروری، ادراک، بیمار

ارجاع: شریفی‌راد غلامرضا، مصطفوی فیروزه، کامران عزیز، محبی سیامک، میرکریمی کمال. **ادراک افراد مبتلا به پرفشاری خون از بیماری و درمان آن: یک مطالعه مروری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۶): ۵۶۹-۵۶۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳۰

۱- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: a.kaamran@arums.ac.ir
۴- استادیار، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۵- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

مقدمه

شیوع بالای فشار خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی بر اندام‌های بدن، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی در کلیه جوامع تبدیل نموده است (۱). پرفشاری خون از شایع‌ترین علل بیماری‌های قلب و عروق است (۲). بیش از ۷ میلیون نفر سالانه در جهان از تأثیر مستقیم پرفشاری خون جان خود را از دست می‌دهند (۴، ۳). همه‌گیری رو به تزاید پرفشاری خون در جهان هشداری جدی برای توجه بیشتر به این بیماری عمدتاً خاموش است. آمارهای سال‌های اخیر نشان می‌دهد که در بین بیماری‌های غیر واگیر، پرفشاری خون اولین عامل مرگ و میر و دومین عامل بار بیماری‌ها در جهان است و تا سال ۲۰۲۵ به طور تقریبی ۱/۵ میلیارد نفر در جهان مبتلا به این عارضه خواهند بود (۵). در کشورهای مدیترانه شرقی و خاورمیانه شیوع فشار خون بالا در بررسی‌های مختلف از ۱۷-۱۰ درصد گزارش شده است و تغییرات سریع اجتماعی و اقتصادی این کشورها در دهه اخیر باعث شده که شیوع بسیاری از عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی از جمله فشار خون روند رو به افزایشی داشته باشد (۶). مطالعات متعددی در ایران انجام شده که نتایج بسیار متفاوتی داشته است، اما به طور کلی می‌توان گفت که در ایران ۳۵-۲۵ درصد از بزرگسالان میانسال مبتلا به پرفشاری خون هستند (۷). این بیماری شایع‌ترین عامل بروز سکته مغزی و نارسایی کلیوی است (۸) و با بالا رفتن فشار خون، شانس انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی و نارسایی کلیوی بیشتر می‌شود (۹). در صورت عدم درمان مناسب و کنترل فشار خون، ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در اثر بیماری عروق کرونر و ۳۳ درصد در اثر سکته مغزی و ۱۰ تا ۱۵درصد در اثر نارسایی کلیوی فوت می‌کنند (۱۰).

این بیماری به سبب شیوع زیاد آن اهمیت بسیاری دارد، اما نکته‌ای که اهمیت آن را مضاعف می‌کند این است که پرفشاری خون بیماری کنترل نشده‌ای می‌باشد. رویکرد امروزی در کنترل پرفشاری خون، رویکرد دارودرمانی است و داروهای پایین آورنده فشار خون از رایج‌ترین داروهایی هستند که توسط پزشکان تجویز می‌شوند. با وجود در دسترس بودن بیش از صد نوع داروی متفاوت در درمان فشار خون که کارایی همگی به اثبات رسیده است، مقادیر گزارش شده از کنترل فشار خون بسیار ناامید کننده می‌باشد (۱۱). مطالعات نشان داده است که ۳۲ درصد افراد بیمار از بیماری خود بی‌خبر هستند و ۱۵ درصد با وجود آگاهی از بیماری خویش به درمان آن نپرداخته‌اند و از ۵۳ درصد افرادی که دارو درمانی می‌شوند، تنها ۲۷ درصد افراد بیماری کنترل شده‌ای دارند (۱۲) و در مطالعه دیگری در آمریکا عنوان شده بود که تنها نیمی از افراد گیرنده دارو فشار خون کنترل شده دارند و کمتر از نیمی از بیماران مرد مبتلا، دارو درمانی می‌شوند (۱۳) در ایران نیز وضعیتی تقریباً مشابه وجود دارد. در مطالعه قنبریان و همکاران تنها ۳۶ درصد افراد سابقه دارو درمانی داشته و از این تعداد تنها ۴۰ درصد فشار خون کنترل شده داشتند (۱۴).

در مطالعات «عدم تبعیت بیمار» به کرات به عنوان عامل اصلی شکست درمان فشار خون عنوان شده است و به طور معمول به عوارض جانبی درمان و موانع مالی و کمبود انگیزه بیمار نسبت به درمان نسبت داده می‌شود؛ در حالی که شواهدی دال بر مخالفت با این مسأله وجود دارد و مهم‌ترین مانع برای کنترل فشار خون را شکست پرسنل درمانی در اجرای اهداف توصیه شده برای کنترل بیماری معرفی کرده‌اند (۱۳)؛ بنابراین با توجه به شواهد ذکر شده می‌توان گفت که عدم کنترل فشار خون ماهیتی چندبعدی دارد که می‌تواند شامل بی‌اهمیت دانستن بیماری توسط بیمار، مشکلات مالی و دسترسی به خدمات، شکست در تنظیم مداخلات، عوارض دارویی و عدم تبعیت از درمان باشد (۱۶، ۱۵).

در واقع نقش بیمار در کنترل فشار خون و خودمدیریتی امری حیاتی است (۱۷) و خودمراقبتی نیز تا حدود زیادی تحت تأثیر ادراک بیمار از بیماری، وضعیت بیماری خویش و دیدگاهش نسبت به درمان می‌باشد. از این‌رو فهمیدن ادراک آنان نسبت به این موضوعات می‌تواند راهگشای

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

بسیاری از مسایل در مداخلات درمانی و آموزشی باشد. بنابراین با توجه به اهمیت ادراک بیمار در انجام خودمدیریتی و کنترل بیماری، این مطالعه با هدف بررسی ادراک بیماران مبتلا به فشار خون بالا نسبت به بیماری و پیگیری درمان با مرور مقالات کیفی انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مروری سیستماتیک بود و با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانی و بین‌المللی Iran Medex، SID، ISI web of knowledge، Medline، Embase، PubMed و Google Scholar و با کلید واژه‌های «پرفشاری خون و پیگیری درمان» در محدوده زمانی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۲ میلادی انجام گرفت.

معیار ورود مقالات به مطالعه شامل: کیفی بودن مطالعه، بررسی دیدگاه‌ها، ادراک و تجارب بیماران مبتلا به پرفشاری خون و انتشار مقاله به زبان فارسی و انگلیسی بود. مطالعاتی که روی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند دیابت و بیماری‌های قلبی- عروقی انجام شده بود و مطالعات مربوط به پرفشاری خون در دوران بارداری از پژوهش خارج شدند. غربالگری مطالعات پس از جستجو با کلیدواژه‌های ذکر شده در ۳ مرحله انجام گرفت. ابتدا غربالگری بر اساس عنوان مقالات بود که مقالات غیر مرتبط و چاپ شده به زبان‌هایی غیر از فارسی و انگلیسی حذف شدند. سپس بر اساس چکیده، مقالات شامل معیار خروج غربالگری شده و در مرحله سوم مقالاتی که متن کامل آن‌ها در دسترس بود، بررسی شدند (جدول ۱). برای غربالگری مقالات متن کامل و ارزیابی نسبی کیفیت مقالات از این سؤالات استفاده شد: ۱- آیا سؤال تحقیق به درستی مورد بررسی قرار گرفته است؟ ۲- آیا در روش مطالعه به وضوح روش نمونه‌گیری، جمع‌آوری اطلاعات و آنالیز داده‌ها شرح داده شده‌اند؟ و ۳- آیا نتایج مقاله متناسب با عنوان و سؤال مقاله است؟

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از راهنمایی‌های مقاله «استانداردهایی برای نوشتن مقالات مروری در نظام سلامت» (۱۸) و راهنمایی‌های کنسول تحقیقات اجتماعی و اقتصادی بریتانیا (UK Economic and Social Research Council یا UK ESRC) (۱۹) استفاده شد. بر این اساس، فرضیه مورد بررسی این بود که بیماران ادراک نادرستی از بیماری پرفشاری خون دارند.

یافته‌ها

تعداد ۳۸ مقاله در این مطالعه جهت بررسی انتخاب شدند که ۲۵ مقاله با روش مصاحبه انفرادی، ۱۱ مقاله با روش بحث گروهی و ۲ مقاله از روش ترکیبی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرده بودند. یافته‌های حاصل از این مقالات در قالب دو درون‌مایه ۱- پرفشاری خون از دیدگاه بیماران و ۲- پیگیری درمان، دیدگاه‌ها و دلایل به دست آمدند.

الف. پرفشاری خون از دیدگاه بیماران

دلیل اصلی پرفشاری خون از دیدگاه مشارکت کنندگان، استرس، تغذیه نامناسب، چاقی، سابقه خانوادگی و مصرف الکل بود، اما از بین دلایل ذکر شده، استرس به عنوان یک عامل و پیامد ناشی از بیماری در اکثر مطالعات و از سوی اکثر شرکت کنندگان مورد توجه بود و بسیاری از شرکت کنندگان اعلام کرده بودند که استرس به طور مستقیم منجر به افزایش فشار خون می‌شود و در مطالعات متعدد مشارکت کنندگان بر این عقیده بودند که برای کاهش استرس و دوری از آن که به عنوان پیامدی از تشخیص بیماری مطرح بود اقدام به تغییر شغل، جدایی از موقعیت‌های استرس‌زا و شرکت در جلسات آرام‌بخشی نموده‌اند (۲۶-۲۰). در برخی مطالعات شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که زندگی طاقت‌فرسا در مدت زمان طولانی مسؤول بیماری پرفشاری خون بوده است (۲۴، ۱۸، ۱۶) و در مطالعات آمریکایی روی آفریقایی تبارها، تبعیض نژادی به عنوان مسؤول بیماری اعلام شده بود (۲۸، ۲۷، ۲۲).

در مطالعات متعدد پرفشاری خون وضعیتی موقتی و قابل بهبود تصور شده بود که نیازی به درمان نداشت (۳۱-۲۹، ۲۴، ۲۲). برخی بیماران، فشار خون را به طور

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

جدول ۱: مشخصات مقالات کیفی مورد بررسی در مطالعه حاضر

منبع	مکان	روش مصاحبه	جمعیت مورد مطالعه
Greer (۳۲)	آمریکا	بحث گروهی	۳۷ مرد و زن در محدوده سنی ۶۸-۲۵ سال
van Wissen و همکاران (۳۳)	نیوزیلند	مصاحبه حضوری	۱۹ مرد و زن در محدوده سنی ۶۷-۴۱ سال
Beune و همکاران (۳۴)	هلند	مصاحبه حضوری	۱۵ مرد و زن (۷۵ درصد زن) در محدوده سنی ۶۵-۳۵ سال
Costa e Silva و همکاران (۳۵)	برزیل	بحث گروهی	۲۵ نفر، محدوده سنی گزارش نشده بود
Blumhagen (۲۷)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۱۱۷ مرد و زن (۹۸ درصد زن) در محدوده سنی ۷۹-۲۲ سال
Silva و همکاران (۳۶)	برزیل	مصاحبه حضوری	۸ مرد و زن، محدوده سنی گزارش نشده بود
Boutain (۲۸)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۳۰ مرد و زن در میانه سنی ۵۰ سال
Boutin-Foster و همکاران (۳۷)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۶۰ مرد و زن (۹۲ درصد زن) در محدوده سنی ۸۴-۲۹ سال
Ogedegbe و همکاران (۳۸)	آمریکا	مصاحبه تلفنی	۱۰۶ مرد و زن با میانگین سنی ۵۶ سال
Beune و همکاران (۲۹)	هلند	مصاحبه حضوری	۴۶ مرد و زن در محدوده سنی ۶۵-۳۵ سال
dela Cruz و Galang (۳۹)	آمریکا	بحث گروهی	۲۷ مرد و زن، محدوده سنی گزارش نشده بود
Weaverو همکاران (۴۰)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۱۱ مرد و زن در محدوده سنی ۸۲-۴۱ سال
Ford و همکاران (۴۱)	آمریکا	بحث گروهی	۲۵ زن در محدوده سنی ۷۴-۴۰ سال
Gascon و همکاران (۲۰)	اسپانیا	بحث گروهی	۴۴ مرد و زن، محدوده سنی گزارش نشده بود
Bane و همکاران (۲۱)	ایرلند شمالی	بحث گروهی	۲۵ مرد و زن در محدوده سنی ۷۰-۳۷ سال
Heurtin-Roberts (۴۲)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۶۰ زن در محدوده سنی ۷۵-۴۵ سال
Strahl (۴۳)	تانزانیا	مصاحبه حضوری و بحث گروهی	۳۳ مرد و زن با روش بحث گروهی و ۱۱ زن با روش مصاحبه انفرادی
Lahdenpera و Kyngas (۴۴)	فنلاند	مصاحبه حضوری	۲۱ مرد و زن در محدوده سنی ۶۳-۳۲ سال
Lewis (۴۵)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۲۱ مرد و زن در محدوده سنی ۸۶-۵۷ سال
Lisper و همکاران (۴۶)	سوئد	مصاحبه حضوری	۲۱ نفر، محدوده سنی گزارش نشده بود
Lukoschek (۲۲)	آمریکا	بحث گروهی	۴۲ مرد و زن در محدوده سنی ۶۳-۳۳ سال
محمدی و همکاران (۴۷)	ایران	مصاحبه حضوری	تعداد مشارکت کنندگان و محدوده سنی مشخص نیست
Morgan (۴۸)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۶۰ مرد و زن در محدوده سنی ۵۵-۳۵ سال
Fongwa و همکاران (۲۳)	آمریکا	بحث گروهی	۲۰ زن در محدوده سنی ۶۸-۳۵ سال
Schoenberg و Drew (۴۹)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۴۱ مرد و زن کمتر از ۶۵ سال
Panpakdee و همکاران (۳۰)	تایلند	مصاحبه حضوری	۱۶ مرد و زن در محدوده سنی ۷۵-۳۴ سال
Sangren و همکاران (۵۰)	دانمارک	مصاحبه حضوری	۱۷ مرد و زن در محدوده سنی ۵۰-۳۴ سال
Higginbottom (۵۱)	بریتانیا	بحث گروهی و مصاحبه	۳۶ مرد و زن در محدوده سنی ۸۲-۳۷ سال
Ogedegbe و همکاران (۲۴)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۹۳ مرد و زن میانگین سنی ۵۸ سال
Sims (۲۵)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۴۹ مرد و زن در محدوده سنی ۸۴-۳۸ سال
Connell و همکاران (۳۱)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۱۹ مرد و زن در محدوده سنی ۷۵-۴۰ سال
Svensson و همکاران (۵۲)	سوئد	مصاحبه حضوری	۳۳ مرد و زن در محدوده سنی ۸۳-۳۵ سال
Benson و Britten (۵۳)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۲۸ مرد و زن (۶۲ درصد زن) در محدوده میانسالی
Wexler و همکاران (۵۴)	آمریکا	بحث گروهی	۲۶ مرد و زن در محدوده سنی ۷۱-۳۲ سال
Boutain و Spigner (۵۵)	آمریکا	مصاحبه حضوری	۳۷ مرد و زن در محدوده سنی ۸۸-۴۳ سال
Morecroft و همکاران (۵۶)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۲۸ مرد و زن در محدوده سنی ۷۸-۲۰ سال
Spencer و همکاران (۵۷)	غنا	مصاحبه حضوری	۱۰۰ مرد و زن در محدوده سنی ۷۵-۱۸ سال
Morgan و Watkins (۲۶)	بریتانیا	مصاحبه حضوری	۶۰ مرد و زن در محدوده سنی ۵۵-۳۵ سال

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

کلی چیزی جدا از بالا رفتن فشار خون می‌دانستند و عقیده داشتند که کسی نمی‌داند چه اتفاقی افتاده است و هیچ کس قادر به کمک نیست و خود آن‌ها نیز قادر به کنترل بیماری نیستند (۳۰). در برخی مطالعات (۴۶، ۲۲) بیماران ادراک منفی نسبت به درمان داشتند و به آن‌ها به عنوان یک آرام‌بخش نگاه می‌کردند و برخی از بیماران اعتقاد داشتند که دارو باعث کاهش اضطراب و نگرانی‌ها می‌شود (۴۵، ۲۴، ۲۲) و برخی دیگر اعتقاد داشتند که داروها از بروز عارضه‌های بیماری پرفشاری خون جلوگیری می‌کند (۲۴).

ب. پیگیری درمان بیماری

عدم پیگیری درمان در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفت و بسیاری از افراد اعلام کرده بودند که وجود یا عدم وجود علایم بالینی عاملی برای قطع یا کاهش مصرف دارو می‌باشد (۵۰، ۳۸، ۳۷، ۳۴، ۳۱–۲۹، ۲۶، ۲۳، ۲۲)، همچنین مراجعه به پزشک نیز در مواردی که علایم بالینی وجود نداشت از دیدگاه بیماران لازم نبود (۳۰). در برخی مطالعات بیماران برای دوری از عوارض جانبی و یا به دلیل این ادراک که بیماری‌شان تحت کنترل است اقدام به تنظیم خودبه‌خود میزان دوز مصرف دارو و قطع آن بدون اطلاع پزشک نموده بودند (۴۸، ۲۶، ۲۳، ۲۰) و برخی از بیماران مصرف کننده الکل، از ترس ایجاد اثرات ترکیب داروها و الکل از مصرف دارو خودداری می‌کردند (۴۸، ۲۶). در برخی دیگر از مطالعات، دلیل قطع مصرف دارو، ترس از اثرات مصرف طولانی مدت آن مانند وابستگی به دارو و ایجاد مقاومت در بدن نسبت به دارو عنوان شده بود (۴۸، ۴۵، ۳۳، ۳۰، ۲۶، ۲۳–۲۱).

در بعضی از مطالعات بیماران اقدام به جایگزینی و یا ترکیب داروها با طیف گسترده‌ای از طب سنتی کرده بودند، با این اعتقاد که این طب ایمن‌تر و طبیعی‌تر از داروها می‌باشد، اما عدم مصرف و یا کاهش آن دلایل غیر عمدی نیز داشت که بیماران عوامل خارجی متعددی را به عنوان مانعی برای دارو درمانی خود تلقی و عنوان کرده بودند که شایع‌ترین آن‌ها، فراموشی مصرف دارو (۳۷، ۳۴، ۳۲، ۳۰، ۲۷، ۱۲)، نداشتن وقت و اشتغال بیش از حد (۴۱، ۳۹، ۳۸، ۳۴)، هزینه زیاد دارو و ویزیت پزشکی و تغذیه درمانی (۵۴، ۴۲، ۴۱، ۳۸، ۳۲) و نداشتن بیمه (۳۸) بودند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ادراک بیماران مبتلا به فشار خون بالا نسبت به بیماری و پیگیری درمان با مرور مقالات کیفی منتشر شده در مجلات معتبر انجام شد. بیماران دلیل اصلی ابتلا به بیماری و بدتر شدن وضعیت خود را به استرس نسبت می‌دادند. ارتباط بین استرس و فشار خون به طور فزاینده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته و استرس حاد می‌تواند به طور موقت موجب افزایش فشار خون شود (۵۸) و استرس مزمن نیز می‌تواند در افزایش فشار خون دخیل باشد (۵۹). در متون پزشکی استرس در پس‌زمینه دیگر عوامل مهم فشار خون بالا قرار دارد؛ حال آن‌که در مطالعات مرور شده حاضر، بیماران شرکت کننده آن را بسیار مهم و در واقع عامل اصلی بیماری قلمداد کرده بودند و از موقعیت‌های استرس‌زا دوری می‌کردند تا فشار خون آن‌ها تعدیل شود؛ در حالی که از دیدگاه پزشکی استرس نقش کوچکی در بالا رفتن فشار خون بازی می‌کند (۶۰). بنابراین عدم توافق بین باورهای بیماران و دیدگاه‌های تخصصی در این زمینه دیده می‌شود.

در این مطالعه می‌توان گفت که بیماران شرکت کننده در مطالعات مرور شده به طور کلی درمان را نامطلوب می‌دانستند و اعتقاد داشتند که با بهبود علایم بالینی –که آن را منتسب به فشار خون بالا می‌دانستند– نیازی به ادامه درمان و مراجعه به پزشک نیست و در برخی موارد اقدام به قطع و تغییر درمان بدون مشورت پزشک می‌کردند. همچنین در بسیاری از مطالعات یکی از دلایل عمده این اقدام، ترس از عوارض جانبی بود. این یافته‌ها همسو با مطالعه مروری دیگر انجام شده توسط Pound و همکاران می‌باشد که بر روی ۳۷ مطالعه انجام شد و دریافت که بیماران درمان را نامطلوب می‌دانستند و بسیاری از آنان ترس از وابستگی به دارو و ایجاد مقاومت نسبت به دارو داشته و به همین دلیل نیز اقدام خودسرانه‌ای نسبت به قطع و یا کاهش داروی خود نموده بودند (۶۱).

برخی از عوارض جانبی اشاره شده توسط بیماران مانند

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

تکرر ادرار و خستگی در متون پزشکی نیز به عنوان عارضه تأیید شده‌اند، اما عوارضی همچون اعتیاد به دارو و وابستگی به آن در طول زمان، عملکرد آرام‌بخشی و مسکن بودن در متون پزشکی مورد تأیید نبودند. ادراک دیگری که برخی از مشارکت کنندگان داشتند جنبه کاملاً متفاوتی داشت. آن‌ها درمان فشار خون بالا را یک اصل ضروری می‌دانستند و اعلام کردند که درمان این بیماری باعث از بین رفتن همه عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی می‌شود (۲۳). این ادراک نیز منطبق با دیدگاه‌های تخصصی (علمی) نیست. نکته قابل توجه دیگر در این مطالعات این بود که بسیاری از محققین در مطالعه خود لزوم مداخله متناسب با فرهنگ جامعه مورد مطالعه خود را یادآور شده بودند و یافته مطالعه خود را به نوعی خاص می‌دانستند؛ در حالی که این ادراک در بسیاری از مطالعات مرور شده صرف نظر از متفاوت بودن نژادها و قومیت‌ها مشابه بود. البته در این بین تفاوت‌هایی نیز وجود داشت؛ به طوری که در مطالعه‌ای در آمریکا که روی سیاه‌پوستان انجام شده بود و مطالعه‌ای در فیلیپین، نژادپرستی را عاملی برای فشار خون معرفی کرده بودند و سیاه‌پوستان نسبت به پزشکان خود بی‌اعتماد بودند و بیشتر به قطع مصرف دارو و تنظیم خودسرانه دارو اقدام می‌کردند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که تنها مقالات انگلیسی و فارسی در مطالعه شرکت داده شدند و داده‌های مقالاتی غیر از این دو زبان از مطالعه حذف شدند، همچنین مقالات کامل که در مجلات چاپ شده بود در مطالعه وارد شدند و مطالعاتی که در همایش‌ها و کنگره‌ها ارایه شده و یا به صورت پایان‌نامه‌های دانشگاهی بودند را شامل نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

شواهد ارایه شده از مرور مطالعات نشان داد که گاهی اوقات کمبود آگاهی و فراموشی زمان مصرف دارو و دلایل غیر عمدی دلیلی برای پیگیری نکردن درمان توسط بیماران نیست و بیمار در برخی موارد به طور عمد تصمیم به قطع و یا کاهش دارو درمانی می‌گیرد؛ بنابراین این مسأله می‌تواند توجیهی برای اثربخشی کوتاه‌مدت و یا بی‌اثر بودن مداخلات درمانی و آموزشی باشد. بر همین اساس توجه به نگرانی‌ها و ادراک بیماران در مداخلات برای موفقیت در درمان و کنترل بیماری ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل مطالعات ابتدایی در راستای پایان‌نامه دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت می‌باشد. بدین وسیله از اعضای محترم گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کمال تشکر را داریم.

References

1. Baghiyani Moghaddam MH, Ayvazi S, Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city (2006). J Birjand Univ Med Sci 2008; 15(3): 78-87. [In Persian].
2. Abdollahy AA, Bazrafshan HR, Salehi A, Behnampour N, Hosayni SA, Rahmany H, et al. Epidemiology of hypertension among urban population in Golestan province in north of Iran. J Gorgan Univ Med Sci 2006; 8(4): 37-41. [In Persian].
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365(9455): 217-23.
4. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 2006; 24(2): 215-33.
5. Wenzel D, Souza JM, Souza SB. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors. Rev Saude Publica 2009; 43(5): 789-95.
6. Noohi F, Maleki M, Orei S. Hypertension. In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M, Editors. Epidemiology and control of common disorders in Iran. 2nd ed. Tehran, Iran: Eshtiagh Press; 2001. p. 23-30. [In Persian].
7. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadehkermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. Arch Iran Med 2008; 11(4): 444-52.
8. Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, PA: Saunders; 1997. p. 814-6.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42(6): 1206-52.
10. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. Am J Hypertens 1994; 7(7 Pt 2): 7S-12S.
11. Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension? Poor compliance is only part of the story. J Clin Hypertens (Greenwich) 2001; 3(3): 179-82.
12. Hyman DJ, Pavlik VN. Poor hypertension control: let's stop blaming the patients. Cleve Clin J Med 2002; 69(10): 793-9.
13. Siegel D. Barriers to and strategies for effective blood pressure control. Vasc Health Risk Manag 2005; 1(1): 9-14.
14. Ghanbarian A, Majid M, Rahmani M, Sarraf Zadeh A, Azizi F. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study. Iran J Endocrinol Metab 2003; 5(4): 425-36.
15. Egan BM, Basile JN. Controlling blood pressure in 50% of all hypertensive patients: an achievable goal in the healthy people 2010 report? J Investig Med 2003; 51(6): 373-85.
16. Nelson CR, Knapp DA. Trends in antihypertensive drug therapy of ambulatory patients by US office-based physicians. Hypertension 2000; 36(4): 600-3.
17. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. Ann Intern Med 2005; 143(6): 427-38.
18. Yarmohamadian MH, Mohammadi E, Movahedi F. Standards for Writing Review Articles. Health Inf Manage 2011; 8(8): 1226-34.
19. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme [Online]. 2010; Available from: URL: http://www.lancs.ac.uk/shm/research/nssr/research/dissemination/publications/NS_Synthesis_Guidance_v1.pdf/
20. Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. Fam Pract 2004; 21(2): 125-30.
21. Bane C, Hughes CM, Cupples ME, McElnay JC. The journey to concordance for patients with hypertension: a qualitative study in primary care. Pharm World Sci 2007; 29(5): 534-40.
22. Lukoschek P. African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. J Health Care Poor Underserved 2003; 14(4): 566-87.
23. Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan MJ, et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. Vasc Health Risk Manag 2008; 4(1): 157-66.
24. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. J Natl Med Assoc 2004; 96(4): 442-9.
25. Sims J. What influences a patient's desire to participate in the management of their hypertension? Patient Educ Couns 1999; 38(3): 185-94.
26. Morgan M, Watkins CJ. Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. Sociology of Health & Illness 1988; 10(4): 561-78.
27. Blumhagen D. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. Cult Med Psychiatry 1980; 4(3): 197-224.
28. Boutain DM. Discourses of worry, stress, and high blood pressure in rural south Louisiana. J Nurs Scholarsh 2001; 33(3): 225-30.
29. Beune EJ, Haafkens JA, Agyemang C, Schuster JS, Willems DL. How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study. J Hypertens 2008; 26(4): 648-56.
30. Panpakdee O, Hanucharurnkul S, Sritanyarat W, Kompayak J, Tanomsup S. Self-care process in Thai people with hypertension: an emerging model. Thai J Nurs Res 2003; 7: 121-36.
31. Connell P, McKevitt C, Wolfe C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. Br J Gen Pract 2005; 55(514): 357-61.
32. Greer TM. Perceived racial discrimination in clinical encounters among African American hypertensive patients. J Health Care Poor Underserved 2010; 21(1): 251-63.
33. van Wissen K, Litchfield M, Maling T. Living with high blood pressure. J Adv Nurs 1998; 27(3): 567-74.
34. Beune E, Haafkens J, Meeuwesen L. Hee broedoe' (hoog bloed): opvattingen over hypertensie van Creools-Surinaamse patiënten in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 2004; 47(13): 25-30.
35. Costa e Silva ME, Costa e Silva Barbosa LD, Oliveira AD, Gouveia MT, Nunes BM, Alves EL. Social

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

representations of women who live with high blood pressure. Rev Bras Enferm 2008; 61(4): 500-7.
36. Silva C, Vieira M, de Sena R. Meanings and reflections upon being a hypertensive patient. Rev Min Enfermagem 2008; 12: 346-54.
37. Boutin-Foster C, Ogedegbe G, Ravenell JE, Robbins L, Charlson ME. Ascribing meaning to hypertension: a qualitative study among African Americans with uncontrolled hypertension. Ethn Dis 2007; 17(1): 29-34.
38. Ogedegbe G, Harrison M, Robbins L, Mancuso CA, Allegrante JP. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: a qualitative study. Ethn Dis 2004; 14(1): 3-12.
39. dela Cruz FA, Galang CB. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. J Am Acad Nurse Pract 2008; 20(3): 118-27.
40. Weaver NF, Murtagh MJ, Thomson RG. How do newly diagnosed hypertensives understand 'risk'? Narratives used in coping with risk. Fam Pract 2006; 23(6): 637-43.
41. Ford CD, Kim MJ, Dancy BL. Perceptions of hypertension and contributing personal and environmental factors among rural Southern African American women. Ethn Dis 2009; 19(4): 407-13.
42. Heurtin-Roberts S. High-pertension'-the uses of a chronic folk illness for personal adaptation. Soc Sci Med 1993; 37(3): 285-94.
43. Strahl H. Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. Anthropology & Medicine 2003; 10(3): 309-24.
44. Lahdenpera TS, Kyngas HA. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. J Adv Nurs 2001; 34(2): 189-95.
45. Lewis LM. Medication adherence and spiritual perspectives among african american older women with hypertension. A qualitative study. J Gerontol Nurs 2011; 37(6): 34-41.
46. Lisper L, Isacson D, Sjoden PO, Bingefors K. Medicated hypertensive patients' views and experience of information and communication concerning antihypertensive drugs. Patient Educ Couns 1997; 32(3): 147-55.
47. Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. Int J Nurs Pract 2002; 8(6): 324-9.
48. Morgan M. The significance of ethnicity for health promotion: patients' use of anti-hypertensive drugs in inner London. Int J Epidemiol 1995; 24(Suppl 1): S79-S84.
49. Schoenberg NE, Drew EM. Articulating silences: experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology. Med Anthropol Q 2002; 16(4): 458-75.
50. Sangren H, Reventlow S, Hetlevik I. Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaptation to hypertension. Patient Educ Couns 2009; 74(2): 236-43.
51. Higginbottom G. I didn't tell them. Well, they never ask". Lay understandings of hypertension and their impact on chronic disease management: implications for nursing practice in primary care. Journal of Research in Nursing 2008; 13(2): 89-99.
52. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. Int J Cardiol 2000; 76(2-3): 157-63.
53. Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. BMJ 2002; 325(7369): 873.
54. Wexler R, Elton T, Pleister A, Feldman D. Barriers to blood pressure control as reported by African American patients. J Natl Med Assoc 2009; 101(6): 597-603.
55. Boutain DM, Spigner C. How family, community, and work structured high blood pressure accounts: from African Americans in Washington State. J Holist Nurs 2008; 26(3): 173-82.
56. Morecroft C, Cantrill J, Tully MP. Patients' evaluation of the appropriateness of their hypertension management--a qualitative study. Res Social Adm Pharm 2006; 2(2): 186-211.
57. Spencer J, Phillips E, Ogedegbe G. Knowledge, attitudes, beliefs, and blood pressure control in a community-based sample in Ghana. Ethn Dis 2005; 15(4): 748-52.
58. Jhalani J, Goyal T, Clemow L, Schwartz JE, Pickering TG, Gerin W. Anxiety and outcome expectations predict the white-coat effect. Blood Press Monit 2005; 10(6): 317-9.
59. Sparrenberger F, Cichelero FT, Ascoli AM, Fonseca FP, Weiss G, Berwanger O, et al. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. J Hum Hypertens 2009; 23(1): 12-9.
60. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
61. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. Soc Sci Med 2005; 61(1): 133-55.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

Perceptions of the Patients with Hypertension from Disease and Its Treatment: A Review Article

Gholamreza Sharifirad[1], Firoozeh Mostafavi[2], Aziz Kamran[3], Siamak Mohebi[4], Kamal Mirkarimi[5]

Review Article

Abstract

Hypertension is a major health problem in developing and developed countries and its increasing prevalence is a serious warning to take more attention to this silent disease. This study aimed to survey hypertensive patient's perceptions towards their diseases and its treatment. This was a systematic review and articles were searched in Iranian and international databases such as IranMedex, SID, PubMed, ISI web of knowledge, Medline, Embase, and Google Scholar with hypertension, treatment adherence, and patient's perceptions keywords in period of 1980 to 2012. Inclusion criteria were being qualitative study, assessing the perceptions and experience of patients with hypertension and publishing in Persian or English languages. Studies which conducted on patients with other diseases such as diabetes, cardiovascular disease (CVD) and hypertension in pregnancy were excluded. 38 articles were reviewed and results from them obtained in two themes, hypertension from patients' viewpoints and treatment adherence and reasons. Stress was considered as a cause and a consequence of the disease. Patients had negative perceptions toward treatment and knew it adverse. In some cases, existence or absence of physical symptoms encountered as a factor for decreasing or discounting the drugs. No consumption or decreasing of drugs had unintentional reasons including forgiveness, timeless and occupying, drug and physician and nutritional treatment expensiveness, and no insurance. Sometimes the patient decided deliberately to stop or reduce medication. This could be an explanation for the short-term effects or ineffective treatment and educational interventions. So, to be successful in treating and controlling the disease, attention to patients' concerns and perceptions is necessary.

Key words: Hypertension, Review, Perception, Patient

Citation: Sharifirad Gh, Mostafavi F, Kamran A, Mohebi S, Mirkarimi K. **Perceptions of the Patients with Hypertension from Disease and its Treatment: A Review Article.** J Health Syst Res 2013; 9(6): 561-9.

Received date: 13/11/2012 Accept date: 19/01/2013

1- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- PhD Candidate, Department of Public Health, School of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran (Corresponding Author) Email: a.kaamran@arums.ac.ir
4- Assistant Professor, Health Policy and Promotion Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
5- PhD Candidate, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]