

بررسی وضعیت خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در

شهر سنندج سال ۱۴۰۱

سینا مکی^۱، رضا قانعی قشلاق^۱، عزت الله رحیمی^۱، عباس آقائی^{۱*}

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون به دلیل شیوع بالا و ارتباط تنگاتنگ با بیماری‌های قلبی-عروقی، به یک چالش عمده بهداشتی در سطح جهان تبدیل شده است. از سوی دیگر، نقش حیاتی خودمراقبتی در مدیریت بیماری‌های مزمن به خوبی اثبات شده است؛ این امر لزوم بررسی عوامل مؤثر بر آن را بیش از پیش آشکار می‌سازد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی و شناسایی عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شهر سنندج انجام شد.

روش: در مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) حاضر تعداد ۳۲۵ بیمار مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران از بین افراد مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی و کلینیک‌های درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سطح شهر سنندج به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات چک لیست دموگرافیک و پرسشنامه‌ی خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. در قسمت تحلیل از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و همچنین همبستگی پیرسون استفاده شد. تمام آنالیزها در بستر نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد مطالعه $57/9 \pm 13/7$ سال بود. بیشتر افراد مورد مطالعه مرد ($63/4$ درصد) و متاهل ($75/7$ درصد) بودند. میزان رضایت افراد مورد مطالعه از وضعیت مالی خود در بیشتر موارد ($47/4$ درصد) کم بود. میانگین نمره خودمراقبتی شرکت‌کنندگان $45/9 \pm 7/4$ بود. نمره خودمراقبتی در افرادی که سابقه دریافت آموزش‌های مراقبتی پرفشاری خون داشتند، به طور معناداری بیشتر از افرادی بود که این آموزش‌ها را دریافت نکرده بودند ($P < 0.001$). همچنین، بین نمره خودمراقبتی با گروه‌های مختلف شغلی و میزان رضایت از درآمد تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: سابقه آموزش‌های مراقبتی پرفشاری خون، نوع شغل و وضعیت رضایت از درآمد بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران سلامت، برنامه‌های آموزشی ساختاریافته برای مراقبت از پرفشاری خون را از طریق مراکز جامع سلامت، به‌عنوان یک راهبرد مؤثر برای بهبود خودمراقبتی بیماران در اولویت قرار دهند.

کلید واژه: خودمراقبتی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، پرفشاری خون

*نویسنده مسئول: عباس آقائی، ایمیل: aqaiei.a@gmail.com

ارجاع: آقایی، عباس. بررسی وضعیت خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهر سنندج سال ۱۴۰۱. مجله دانشکده علوم

پزشکی ساوه، ۱۴۰۴؛ ۱(۲): ۱۶-۲۷. doi: 10.22034/jsavehums.2025.532558.1047

مقدمه

بیماری اشاره دارد. در متون بیماری‌های قلبی عروقی، خودمراقبتی به تبعیت از توصیه‌های درمانی، پاسخ به علائم و سازگاری با تغییرات مربوط به سبک زندگی اشاره دارد که منجر به بهبود وضعیت بیمار و ارتقای کیفیت زندگی آنها میشود (۱۱). رفتارهای خودمراقبتی بیماران در مدیریت فشار خون بالا، دستیابی به موفقیت در مدیریت این بیماری و کاهش عوامل خطر آن، نقشی تعیین‌کننده دارد (۶). خود مراقبتی دارای چهار بخش سبک زندگی سالم، درمان بیماری‌ها و ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماری و شرایط مزمن و مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان می‌باشد. علی‌رغم مزایای خود مراقبتی در بهبود پر فشاری خون، اغلب بیماران به خود مراقبتی توصیه شده پایبند نیستند (۱۲). با توجه به اهمیت شناخت وضعیت انجام رفتارهای خود مراقبتی فشار خون جهت آگاهی از عوامل مرتبط با این مشخصه و طراحی مداخلات آموزشی موثر، این مطالعه با هدف ارزیابی خود مراقبتی در بیماران مبتلا به پر فشاری خون در شهر سنندج انجام شد.

روش

در این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) تعداد ۳۲۵ بیمار مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها از بین افراد مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی و کلینیک‌های درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سطح شهر سنندج در سال ۱۴۰۱ به صورت در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل ابتلا به پر فشاری خون (بر اساس تشخیص پزشک) و تحت مراقبت درمانی یا حمایتی بودن و معیار خروج شامل عدم همکاری و رضایت آگاهانه و ناقص بودن پرسشنامه بود. نمونه‌ها از دو مرکز آموزشی-درمانی توحید و کوثر و کلینیک‌های مربوط به این دو بیمارستان جمع‌آوری گردیدند و تقریباً از هر کدام حدود ۵۰ درصد از نمونه‌ها جمع‌آوری شد. برای تعیین حجم نمونه بر اساس یافته مطالعه رضوان و همکاران که حدود ۷۰ درصد افراد تحت مطالعه آن‌ها دارای خودمراقبتی متوسط و مطلوب از فشار خون خود بودند (۱۱)

پر فشاری خون یک چالش سلامتی می‌باشد که به دلیل شیوع بالا و همراهی آن با بیماری‌های قلبی عروقی به مشکل عمده‌ای در کشورهای صنعتی و در حال توسعه تبدیل شده است (۱). در کشورهای صنعتی ۲۵ درصد بزرگسالان و ۶۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال مبتلا به فشار خون بالا هستند (۲). نتایج تحقیقات انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد، میزان شیوع پر فشاری خون، در کلیه کشورها به‌ویژه در کشور ایران رو به افزایش می‌باشد (۳). در ایران نیز شیوع پر فشاری خون در بزرگسالان، ۳۵-۲۵ درصد گزارش شده است (۴). دلیل اصلی این افزایش، عوامل متعددی مانند رشد روزافزون جمعیت تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی مردم و افزایش دوران بقای این بیماران به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری گزارش شده است (۵).

وقوع سالانه چهار میلیون مرگ از نتایج مستقیم فشارخون بالا است (۶). این بیماری با وقوع ۵۴ درصد از سکته‌های مغزی و ۴۵ درصد سکته‌های قلبی در ارتباط است و سومین علت مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود (۷، ۸)، به طوری که از هر ۸ مورد مرگ واقع شده در جهان، یک مورد به علت فشارخون بالا حادث می‌شود. فشارخون بالا به سبب بسترسازی جهت ایجاد بیماری قلبی و عروقی، سکته‌های مغزی و قلبی و نارسایی کلیوی به‌عنوان یک قاتل تمام عیار و البته بی‌صدا مطرح است (۷، ۹).

در صورت کنترل پر فشاری خون، حوادث و پیامدهای ناشی از آن به میزان زیادی کاهش می‌یابد، به طور مثال با کنترل پر فشاری خون میزان بروز سکته‌های مغزی و بیماری‌های ایسکمیک قلبی به ترتیب ۳۹ تا ۴۴ درصد و ۲۱ تا ۳۰ درصد کاهش می‌یابد (۱۰).

مدیریت مؤثر فشار خون بالا برای به حداقل رساندن خطر عوارض، امری حیاتی است. در کشورهای در حال توسعه، کمبود دانش و اجرای ناکافی اقدامات خودمراقبتی، عامل بیش از سه‌چهارم موارد ابتلا به فشار خون بالا است (۸). خود مراقبتی، فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامتی هستند که به فرایند حفظ سلامتی از طریق عملکردهای مثبت سلامتی و مدیریت

و همچنین با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای برآورد نهایی با دقت ۵ درصد، حجم نمونه برابر با ۳۲۵ مورد برآورد گردید.

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-P)}{d^2} = \frac{1.96^2 \times (0.7 \times 0.3)}{0.05^2} = 322$$

سن، میزان شاخص توده بدنی، جنس، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سابقه ابتلا به بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری پرفشاری خون، سابقه خانوادگی پرفشاری خون، سابقه دریافت برنامه آموزشی از مراکز بهداشتی و درمانی توسط پرسشگر ثبت شد.

در قسمت تحلیل ضمن بررسی پیش فرض‌هایی مانند تعیین توزیع نرمال متغیرهای کمی، از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس (با آزمون تعقیبی شفه) و همچنین همبستگی پیرسون استفاده شد. تمام آنالیزها در بستر نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۲۵ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون در شهر سنندج مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سن افراد حدود ۵۸ سال در بازه سنی ۲۲ تا ۹۱ سال می‌باشد. بیشتر افراد مورد مطالعه مرد ۲۰۶ نفر (۶۳/۴ درصد) و متاهل ۲۴۶ نفر (۷۵/۷ درصد) بودند و تنها زندگی نمی‌کردند (۸۵/۲ درصد). ۹۳ نفر (۲۸/۶ درصد) افراد بازنشسته بودند و ۱۴۹ نفر (۴۵/۸ درصد) میزان درآمد ماهیانه پنج تا ده میلیون تومان داشتند و میزان رضایت افراد مورد مطالعه از وضعیت مالی خود در بیشتر موارد (۴۷/۴ درصد) کم بود. حدود ۲۵ درصد نمونه‌ها سابقه مصرف موادمخدر، ۴۴/۶ درصد سابقه پرفشاری خون در خانواده و ۶۰/۶ درصد سابقه دریافت برنامه آموزشی و مراقبتی پرفشاری خون را داشتند (جدول ۱).

ابزار گردآوری اطلاعات چک‌لیست دموگرافیک و پرسش‌نامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. پرسش‌نامه شامل چهار بخش رژیم غذایی - فعالیتی (گویه‌های ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱)، رژیم دارویی (گویه‌های ۱، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰)، توجه به برچسب مواد غذایی (گویه‌های ۲، ۸) و مدیریت بیماری (گویه‌های ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹) است. پرسش‌نامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سال ۱۳۹۷ توسط قانعی و همکاران در ایران روان‌سنجی شده است و روایی و پایایی آن ارزیابی گردیده است. بر اساس نتایج حاصله ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۶۵ و برای عامل‌های رژیم غذایی ۰/۸۰۵، رژیم دارویی ۰/۸۱۴، برچسب مواد غذایی ۰/۶۵۹ و مدیریت بیماری ۰/۵۴۱ بود. همچنین ضریب امگا برای عامل‌های رژیم غذایی ۰/۷۵۵، رژیم دارویی ۰/۸۲۵، برچسب مواد غذایی ۰/۸۶۸ و مدیریت بیماری ۰/۷۱۶ بود. ضریب مک‌دونالد امگا برای کل ابزار نیز ۰/۷۷۸ بوده است (۱۰). پرسش‌نامه خودمراقبتی در کل شامل ۲۰ گویه می‌باشد که نحوه پاسخ‌دهی به صورت لیکرت ۴ حالتی بوده و هر گویه حداقل ۱ و حداکثر ۴ نمره می‌گیرد. نمره کلی پرسش‌نامه برای هر فرد حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ می‌باشد. کسب نمره بالاتر نشانه وضعیت مطلوب‌تر خودمراقبتی است.

افراد مبتلا به پرفشاری خون (بر اساس تشخیص پزشک) فرم رضایت‌نامه را آگاهانه پر می‌کردند و کلیه اطلاعات مربوط به

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک افراد مبتلا به پرفشاری خون در سنندج

متغیرهای کمی	کمترین - بیشترین	میانگین (انحراف معیار)
سن (سال)	۲۲-۹۱	۵۷/۹ (۱۳/۷)
شاخص توده بدنی	۱۸-۳۳	۲۲/۸ (۲/۵)

۲/۳) ۳/۴	۱۴-۰	تعداد فرزندان	
(۶/۸) ۷/۲	۵۷-۰	مدت ابتلا (سال)	
درصد	فراوانی	متغیرهای کیفی	
۶۳/۴	۲۰۶	مرد	
۳۶/۶	۱۱۹	زن	جنسیت
۷/۷	۲۵	مجرد	وضعیت تأهل
۷۵/۷	۲۴۶	متأهل	
۱۰/۸	۳۵	بیوه	
۵/۸	۱۹	مطلقه	
۱۴/۸	۴۸	بله	تنها زندگی
۸۵/۲	۲۷۷	خیر	میکند
۱۳/۸	۴۵	کارمند	شغل
۱۱/۴	۳۷	کشاورز	
۲۶/۵	۸۶	خانه دار	
۱۵/۷	۵۱	آزاد	
۲۸/۶	۹۳	بازنشسته	
۴	۱۳	بیکار	
۳۹/۷	۱۲۹	کمتر از پنج میلیون	در آمد ماهیانه
۴۵/۸	۱۴۹	پنج تا ده میلیون	
۱۴/۵	۴۷	بیشتر از ده میلیون	
۱۱/۴	۳۷	اصلاً	رضایت از
۴۷/۴	۱۵۴	کم	وضعیت مالی
۳۴/۲	۱۱۱	متوسط	
۷/۱	۲۳	زیاد	
۲۵/۲	۸۲	بله	سابقه مصرف
۷۴/۸	۲۴۳	خیر	مواد مخدر

۴۴/۶	۱۴۵	بله	سابقه پرفشاری
۵۵/۴	۱۸۰	خیر	خون در خانواده
۶۰/۶	۱۹۷	بله	سابقه دریافت
۳۹/۴	۱۲۸	خیر	برنامه آموزشی و مراقبتی پرفشاری خون

بدنی ($t=0.067, p=0.227$) و همچنین بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن نیز مشخص شد که بین نمره خود مراقبتی با تعداد فرزندان ($t=-0.031, p=0.581$) و مدت ابتلا به فشارخون ($t=0.001, p=0.985$) همبستگی معنی داری وجود ندارد.

میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه $7/4 \pm 45/9$ در بازه ۲۶ تا ۷۲ بود. در جدول شماره ۲ جزئیات وضعیت خود مراقبتی و سازه های مربوط به آن آمده است. براساس آزمون همبستگی پیرسون مشخص شد که بین نمره خود مراقبتی با سن ($t=0.021, p=0.709$) و شاخص توده

جدول ۲. جزئیات وضعیت خودمراقبتی و سازه های آن در افراد مبتلا به فشارخون در سنندج

انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	
۳/۶	۱۸/۴	۳۲	۹	رژیم غذایی-فعالیتی
۳/۰	۱۳/۰	۲۰	۵	رژیم دارویی
۱/۶	۳/۸	۸	۲	توجه به برچسب
۲/۳	۱۰/۷	۲۰	۵	مدیریت بیماری
۷/۴	۴۵/۹	۷۲	۲۶	خودمراقبتی

بازنشسته و بیکار و بازنشسته بر اساس آزمون تعقیبی شفه دوبه دو با هم به لحاظ خودمراقبتی تفاوت معنی داری دارند. تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف رضایت از درآمد به لحاظ خودمراقبتی مشاهده شد ($P<0.001$)، بر اساس آزمون تعقیبی شفه مشخص شد که رضایت کم با اصلاً و رضایت متوسط با اصلاً دو به دو با هم به لحاظ خودمراقبتی تفاوت معنی داری دارند (جدول ۳).

بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری بین دو گروه با و بدون سابقه خانوادگی پرفشاری خون به لحاظ خود مراقبتی مشاهده نشد ($P=0.297$). اما این تفاوت در مورد سابقه دریافت آموزش معنی داری بود ($P<0.001$). بدین معنی که نمره خود مراقبتی افراد دریافت کننده آموزش بیشتر بود. (47.6 ± 7.3) و این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار بود. تفاوت بین گروه های شغلی به لحاظ خودمراقبتی معنی دار بود ($P<0.001$). مشخص شد که کارمند و بیکار، کشاورز و

جدول ۳. مقایسه وضعیت خودمراقبتی براساس زیرگروه های مختلف در بین افراد مبتلا به فشارخون

P- value	F شاخص	انحراف معیار	میانگین		
۰/۱۷۳	۵/۱۳	۶/۷	۴۵/۴	مرد	جنسیت
		۸/۴	۴۶/۶	زن	
۰/۶۷۲	۷/۴۹	۸/۲	۴۵/۷	بله	ابتلا به بیماری زمینه ای
		۶/۶	۴۶/۰	خیر	
۰/۲۹۷	۴/۴۲۵	۸/۰	۴۶/۳	بله	سابقه خانوادگی پرفشاری خون
		۶/۸	۴۵/۵	خیر	
<۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	۷/۳	۴۷/۶	بله	سابقه دریافت آموزش
		۶/۷	۴۳/۱	خیر	
<۰/۰۰۱	۶/۰۳۵	۸/۰	۴۸/۲	کارمند	شغل
		۷/۰	۴۲/۹	کشاورز	
		۸/۰	۴۵/۹	خانه دار	
		۵/۸	۴۴/۵	آزاد	
		۶/۵	۴۷/۶	بازنشسته	
<۰/۰۰۱	۷/۳۹۸	۶/۸	۳۹/۱	بیکار	رضایت از وضعیت مالی
		۷/۵	۴۱/۱	اصلاً	
		۶/۴	۴۵/۸	کم	
		۷/۸	۴۷/۵	متوسط	
		۸/۷	۴۶/۳	زیاد	

مقادیر P بر اساس آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس ارائه شده است.

بحث

بهتری برای وضعیت اقتصادی اجتماعی بوده و بر رفتارهای خودمراقبتی نیز موثرتر است.

براساس نتایج این پژوهش، میانگین و انحراف معیار کلی رفتار خودمراقبتی بیشتر از نتایج مطالعه شبیبی^۱ و همکاران که میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی در آن $۸/۸۹ \pm ۳۱/۳۴$ گزارش شد، بود (۱۳). همچنین این برتری در مطالعه ما نسبت به نتایج مطالعات رحیمی و همکاران (۱۴)، فیروز و همکاران (۱۵) و الله یاری و همکاران نیز وجود دارد (۱۶) نتایج مطالعه نیوول^۲ و همکاران رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون را در سطح نامطلوبی گزارش کردند (۱۷) که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت ندارد، اما نتایج پژوهش پیمان و همکاران با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد که می تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش و فرهنگ غالب باشد (۱۸). وجود مسائل فرهنگی و اقتصادی در جامعه و فشارهای روانی ناشی از آن و عدم آگاهی های موجود درباره عوارض سوء عدم رعایت اصول درمانی و مراقبتی سبب بروز درصد پایین رفتارهای خودمراقبتی در جوامع می گردد. خود مراقبتی ناکافی، چالشی مهم در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، به ویژه بیماران مبتلا به فشارخون بالا بوده که در صورت پیروی نکردن از برنامه های درمانی، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن همچون عود و پیشرفت ناتوان کننده این بیماری ها شده و به درمان فوری و بستری شدن در بیمارستان نیاز پیدا خواهند کرد و عوارضی همچون سکته مغزی، آترواسکلروزیس، سکته قلبی و نارسایی نیز آنان را تهدید می کند.

همچنین در این مطالعه جنسیت و وضعیت تأهل در وضعیت خودمراقبتی بیماران تفاوتی ایجاد نکرده است. مشابه این موضوع را می توان در پژوهش قانعی و همکاران (۱۲)، رضوان و همکاران (۱۹)، بایرامی و همکاران (۲۰)، سهیلی و همکاران (۲۱) مشاهده کرد؛ البته در برخی مطالعات نظیر مطالعه براتی و همکاران (۲۲) میزان خودمراقبتی در مردان و متأهل ها بیشتر بوده است. به نظر می رسد علت تفاوت در نتایج، مربوط به نوع نمونه مورد پژوهش، تعداد نمونه، و

در مطالعه حاضر تعداد ۳۲۵ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهر سنندج جهت بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین نمره خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه ما $۴۵/۸۵$ در بازه ۲۶ تا ۷۲ بود.

در مطالعه حاضر همبستگی معنی داری بین سن و شاخص توده بدنی با وضعیت خودمراقبتی مشاهده نشد. همچنین همبستگی معنی داری بین تعداد فرزندان و مدت زمان ابتلا به بیماری با وضعیت خود مراقبتی وجود نداشت. علاوه بر این تفاوت معنی داری بین دو گروه با و بدون سابقه خانوادگی پرفشاری خون به لحاظ خودمراقبتی وجود نداشت اما این تفاوت در مورد سابقه دریافت آموزش معنی دار بود. بدین معنی که نمره خود مراقبتی افراد دریافت کننده آموزش بیشتر بود و این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار بود. گروه های مختلف وضعیت تأهل به لحاظ خود مراقبتی تفاوت معنی داری نداشتند.

تفاوت بین گروه های شغلی به لحاظ خودمراقبتی معنی دار بود. کارمند و بیکار، کشاورز و بازنشسته و بیکار و بازنشسته دو به دو با هم به لحاظ خودمراقبتی تفاوت معنی داری داشتند. تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف تحصیلاتی به لحاظ خودمراقبتی وجود نداشت. تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف درآمدی به لحاظ خودمراقبتی مشاهده نشد اما تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف رضایت از درآمد به لحاظ خودمراقبتی مشاهده شد و مشخص شد رضایت کم با اصلاً و و رضایت متوسط با اصلاً دو به دو با هم به لحاظ خودمراقبتی تفاوت معنی داری دارند. شاید یکی از دلایل اصلی این یافته در مقایسه با وضعیت درآمد این باشد که نحوه مدیریت هزینه های زندگی در خانوارهای مختلف می تواند مستقل از میزان درآمد باشد و رضایت از درآمد پیشگوی

¹ Shabibi

² Newell

همکاران (۲۳) تفاوتی در خودمراقبتی بیماران از نظر شغلی مشاهده نشد. شاید داشتن امنیت شغلی و اقتصادی توان بیماران را در پیروی از توصیه های کارکنان بهداشتی درمانی و نیز مراقبت از خود افزایش می دهد.

در مطالعه حاضر میانگین شاخص توده بدنی کمتر از ۲۵ بود که با نتایج حاصل از مطالعه میرزایی علویجه و همکاران (۲۵) که نشان دادند نمایه توده بدنی در مبتلایان به پرفشاری خون بالاست، مطابقت ندارد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد از نظر شاخص توده بدنی تفاوتی در خود مراقبتی بیماران مشاهده نشد. که با مطالعه بایرامی و همکاران (۲۰) همخوانی دارد. از نظر سطح درآمد نیز در خودمراقبتی بیماران تفاوتی مشاهده نشد که با مطالعه قانعی قشلاق و همکاران (۱۲)، مطابقت و همچنین از نظر مدت ابتلا به بیماری تفاوتی در خودمراقبتی بیماران مشاهده نشد که با مطالعه قانعی قشلاق و همکاران (۱۲) مطابقت دارد.

از محدودیتهای این مطالعه میتوان به روش نمونه گیری در دسترس و استفاده از بیماران مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیک های دولتی میباید. اما مطمئناً پژوهشهای مبتنی بر جمعیت و ثبت بیماریها بصورت استانی در صورت وجود، میتواند نتایج با قابلیت تعمیم بالاتری ارائه دهد.

نتیجه گیری

از مطالعه حاضر چنان نتیجه گیری می شود که شغل میزان رضایت از درآمد (نه خود درآمد) و آموزش های لازم در باب مراقبت های بیماری پرفشاری خون، بر میزان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون موثر هستند. از جمله مواردی که از آن طریق میتوان وضعیت وضعیت خودمراقبتی را بهبود بخشید، ارائه آموزش های مراقبتی فشار خون می باشد که با طراحی برنامه های آموزشی در دانشگاه ها می توان به این هدف دست پیدا کرد.

متفاوت بودن ابزار سنجش خودمراقبتی باشد. در این مطالعه خودمراقبتی برحسب میزان تحصیلات، تفاوت معنی داری را نشان نداد؛ مشابه این نتایج را در مطالعه سهیلی و همکاران (۲۱)، عربشاهی و همکاران (۲۳) می توان مشاهده کرد. اما در مطالعه رضوان و همکاران (۱۹) و براتی و همکاران (۲۲) نمره خودمراقبتی در بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی و متوسطه، به طور معنی داری بیشتر از سایر گروه ها بود.

همچنین نتایج نشان داد نمره خودمراقبتی افراد با سابقه خانوادگی ابتلا به فشارخون بالا ارتباطی ندارد. که این موضوع برخلاف نتایج مطالعه رضوان و همکاران (۱۹) و مطالعه روحی بلسی و همکاران (۲۴) می باشد. با توجه به اینکه فشارخون بالا تمایل به بروز خوشه ای در خانواده ها دارد؛ لذا با درگیر شدن سایر اعضای خانواده، بدیهی است سطح دانش افراد خانواده نسبت به بیماری و کنترل آن افزایش یابد. که این موضوع در مطالعه ما تایید نشده است. این اختلاف می تواند به پایین بودن میانگین سال های ابتلا در مطالعه ما مربوط باشد.

همچنین در مطالعه حاضر، بیمارانی که سابقه دریافت برنامه های آموزشی در خصوص بیماری را داشتند، از وضعیت خودمراقبتی به مراتب بهتری برخوردار بودند. مشابه این موضوع را می توان در مطالعات رضوان و همکاران (۱۹) نیز مشاهده کرد. اگر چه در مطالعه حاضر وضعیت خودمراقبتی بیماران در حد مطلوبی نبوده و در سطح متوسط ارزیابی می گردد، اما بیمارانی که پیشتر در برنامه های آموزشی در این زمینه شرکت کرده بودند برنامه های مراقبت از خود را در مقابل بیماری فشارخون بالا به شکل مناسب تری دنبال می کرده اند. بنابراین شرکت در جلسات آموزشی خود مراقبتی، علاوه بر ارتقای سطح آگاهی و بهبود وضعیت نگرش بیماران می تواند موجب حساس شدن ایشان در زمینه خودمراقبتی و کنترل عوارض بیماری شود. همچنین در مطالعه حاضر سطوح مختلف شغل از نظر خودمراقبتی تفاوت معنادار داشتند. این یافته با نتایج مطالعات قانعی و همکاران (۱۲)، رضوان و همکاران (۱۹) همخوانی دارد. اما در مطالعه عربشاهی و

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه رشته پزشکی عمومی آقای دکتر سینا مکی می باشد که با کد اخلاق IR.MUK.REC.1400.195 در دانشگاه علوم پزشکی کردستان به تصویب رسیده است. از کارمندان و معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و اعضای مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت که در پیشبرد این پژوهش همکاری بی دریغ داشتند کمال تشکر و قدردانی می‌نماییم.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت اصول اخلاق پژوهش و با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه/مرکز تحقیقات مربوطه انجام شده است. رضایت آگاهانه از تمام شرکت‌کنندگان اخذ شد و آن‌ها از اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله آگاه بودند. داده‌ها به صورت ناشناس و محرمانه پردازش شدند تا حریم خصوصی شرکت‌کنندگان حفظ شود.

کد اخلاق

IR.MUK.REC.1400.195

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع مالی یا شخصی که بر نتایج یا تفسیر پژوهش تأثیر بگذارد، اعلام نمی‌کنند. هیچ یک از مؤلفان وابستگی به سازمان‌ها یا نهادهایی که ممکن است از نتایج این مطالعه سود یا زیان ببرند، ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است.

سهام نویسندگان

سینا مکی: طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، نگارش مقاله و مشارکت در تحلیل آماری.
رضا قانع قشلاق: طراحی ابزار گردآوری داده‌ها، مشارکت در اجرای پژوهش و تحلیل اولیه داده‌ها.
عزت‌الله رحیمی: مشاوره علمی، مرور منابع و اصلاح محتوای علمی.
عباس آقائی: ایده‌پردازی و هدایت کلی پروژه، طراحی روش‌شناسی، نظارت بر اجرای مطالعه، تحلیل نهایی داده‌ها و نگارش نسخه نهایی مقاله.
همه نویسندگان در تدوین مقاله مشارکت نمودند و نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

References:

1. Meraci M, Feizi A, Bagher NM. Investigating the prevalence of high blood pressure, type 2 diabetes mellitus and related risk factors according to a large general study in Isfahan- using multivariate logistic regression model. *Journal of Health System Research*. 2012;8(2):193-203.
2. Azizi A, Abasi M, Abdoli G. The prevalence of hypertension and its association with age, sex and BMI in a population being

- educated using community-based medicine in Kermanshah: 2003. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2008;10(4):3239.
3. Booth III JN, Li J, Zhang L, Chen L, Muntner P, Egan B. Trends in prehypertension and hypertension risk factors in US adults: 1999–2012. *Hypertension*. 2017 Aug;70(2):275-84.

4. Oori MJ, Mohammadi F, Norozi K, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Gheshlagh RG. Prevalence of HTN in Iran: meta-analysis of published studies in 2004-2018. *Current hypertension reviews*. 2019 Aug 1;15(2):113-22.
5. Park JB, Kario K, Wang J-GJHR. Systolic hypertension: an increasing clinical *Hypertension Research*. 2015;38(4):227-36.
6. SheikhSharafi H, Seyedamini BJJHL. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):203-19.
7. Kjeldsen S, Feldman RD, Lisheng L, Mourad J-J, Chiang C-E, Zhang W, et al. *Drugs*. 2014;74(17):2033-51.
8. Dickson VV, Nocella J, Yoon H-W, Hammer M, Melkus GDE, Chyun DJNr, et al. Cardiovascular disease self-care interventions *Drugs*. 2013;2013.
9. Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoee M, Dalvand S, Farajzadeh M, Ebadi A. Psychometric properties of persian version of hypertensioself-care profile in patients with high blood pressure. *Koomesh*. 2019;21(1):25-32.
10. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoee M, et al. Psychometric properties of Persian version of Hypertension Self-Care Profile in patients with high blood pressure. *Koomesh*. 2019; 21(1): 25-32.
11. Rezvan S, Besharati M, Khodadadpoor M, Matlabi M, Fathi A, Salimi A, et al. Self-care assessment of patients with hypertension in Qom city in 2016 (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018; 12 (4): 72-80
12. shabibi p, mansourian m, abedzadeh ms, sayehmiri k. The Status of Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes in the City of Ilam in 2014. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2016;24(2):63-71.
13. Rahimi M, Izadi N, Rezvan Madani F, Eghbalian A. Knowledge and practice level of self-directed care among diabetics in Kermanshah city in 2014: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(2):167-72.
14. Firooz M, Hosseini SJ, Mazlom SR, Hasan Zadeh F, Kimiyae SA. Self-care of patient with diabetes type II. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;22(6):1018-25.
15. Allahyari J, Shirani N, Sargolzaei MS, Jafari J, Afshari J. Self-care behavior and related factors of patients with diabetes type II in Saravan in 2017. *Journal of Diabetes Nursing*. 2018;6(3):550-7.
16. Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethnicity & disease*. 2009;19(1):35.
17. Peyman . The relationship of self-care behaviors and health literacy in patients with hypertension in Isfahan City, Iran, in 2015-2016. *Journal of Health System Research*. 2017;13(3):381-7.
18. Bairami S, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran. *Journal of Education and Community Health*. 2017;4(1):20-7.
19. Soheili S, Pirdehghan Y, Hosseini SR. Effect of Lifestyle Educational Intervention on Blood Pressure in Diabetic Patients with Hypertension. *Journal of Education and Community Health*. 2020;7(1):59-64.
20. 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.
21. Arabshahi A, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Mohebi S. The Effect of Education Based on Spousal Social Support on Improving Self-Care Behaviors in Men with High

Blood Pressure. Qom University of Medical Sciences Journal. 2020;14(2):34-46.

22. Rouhi BL, PARYAD E, KAZEMNEZHAD LE, BOURAKI S, Sadeghi MA, Nasiri SN. Study status of care adherence

and its related factors in patients undergoing coronary artery bypass surgery. 2015.

23. Mirzaei Alavijeh M, Nasirzadeh M, Jalilian F, Mostafavei F, Hafezi M. Self-efficacy of health promotion behaviors in hypertensive patients. Daneshvar Medicine. 2012;20(1):51-8.

Evaluation of self-care status and its related factors in patients with hypertension in Sanandaj city, 2022

Sina Makki¹, Reza Ghanei Gheslagh¹, Ezzatolla Rahimi¹, Abbas Aghaei^{1*}

1. Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received 07/07/2025

ePublished: 09/21/2025

ABSTRACT:

Introduction: Hypertension, due to its high prevalence and strong association with cardiovascular diseases, has become a major global public health challenge. Meanwhile, the crucial role of self-care in the management of chronic diseases has been well established, underscoring the importance of identifying factors that influence it. The present study was conducted to determine the status of self-care and to identify its associated factors among patients with hypertension in the city of Sanandaj, Iran.

Methods: In this cross-sectional (descriptive-analytical) study, a total of 325 patients with hypertension were assessed. Participants were selected through convenience sampling from hypertensive patients referring to teaching hospitals and healthcare clinics affiliated with Kurdistan University of Medical Sciences in Sanandaj. Data were collected using a demographic checklist and the Hypertensive Patients' Self-Care Questionnaire. Independent t-test, analysis of variance (ANOVA), and Pearson's correlation coefficient were employed for data analysis. All statistical analyses were performed using SPSS software version 25.

Results: The mean age of participants was 57.9 ± 13.7 years. Most participants were male (63.4%) and married (75.7%). In the majority of cases (47.4%), participants reported low satisfaction with their financial status. The mean self-care score was 45.9 ± 7.4 . Patients who had previously received hypertension care education had significantly higher self-care scores than those who had not ($P < 0.001$). Furthermore, significant differences in self-care scores were observed across occupational groups and levels of income satisfaction ($P < 0.001$).

Conclusion: Receiving hypertension care education, type of occupation, and satisfaction with income were found to significantly influence self-care behaviors among hypertensive patients. It is recommended that health policymakers prioritize the implementation of structured educational programs on hypertension management through comprehensive health centers as an effective strategy to improve self-care among patients.

Keyword: Self-care, Dietary regimen, Medication adherence, Hypertension

*Corresponding Author: Abbas Aghaei, e-mail: aqaei.a@gmail.com

CITATION: Aghaei, A. Evaluation of self-care status and its related factors in patients with hypertension in Sanandaj. *Saveh University of Medical Sciences Journal*, 2025; 1(2): 16-27.

doi: [10.22034/jsavehums.2025.532558.1047](https://doi.org/10.22034/jsavehums.2025.532558.1047).