

Research Paper:

The Relationship Between Spiritual Wellbeing With Medication Adherence in Hypertensive Patients Referred to Selected Heart Clinics of Iran University of Medical Sciences, Iran, 2020

Reza Amiri¹ , *Marjan Mardani-Hamooleh² , Mansoureh Ashghali Farahani³ , Mahnaz Ghaljeh⁴ , Shima Haghani⁵

Citation Amiri R, Mardani-Hamooleh M, Ashghali Farahani M, Ghaljeh M, Haghani Sh. The Relationship Between Spiritual Wellbeing With Medication Adherence in Hypertensive Patients Referred to Selected Heart Clinics of Iran University of Medical Sciences, Iran, 2020, 2020. Iran Journal of Nursing. 2021; 34(133):54-65. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.5>

<https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.5>



Received: 04 Jun 2021

Accepted: 01 Dec 2021

Available Online: 01 Dec 2021

Conflict of interest

None

Keywords:

Spiritual wellbeing, Medication adherence, Hypertensive patient

ABSTRACT

Background & Aims Epidemiological changes have made chronic diseases increasingly important. Hypertension is also known as a chronic disease. The high prevalence of hypertension has made the disease a significant health problem in communities. Spiritual health has been proposed as one of the health indicators and predictors of self-care in chronic diseases. This study aimed to determine the relationship between spiritual health and adherence to the treatment regimen in patients with hypertension.

Materials & Methods In this descriptive correlational study, 121 patients with hypertension were selected by continuous sampling method from cardiac clinics affiliated with Iran University of Medical Sciences, Iran, in 2020. The study data were collected through demographic information form and validated Ellison and Paloutzian spiritual health and Hil-Bone diet adherence questionnaires. For data analysis, we performed the statistical tests of the Spearman, independent t test, Chi-square, and analysis of variance in SPSS version 16.

Results This study shows a significant and negative relationship between spiritual health and adherence to the treatment regimen in patients with hypertension ($P=0.001$, $r=-0.05$).

Conclusion As spiritual health increases, adherence to the treatment regimen in patients with hypertension decreases. Spiritual health in this group of patients leads to less adherence to the treatment regimen.

1. Department of Medical Surgical Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Medical Surgical Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Community Nursing Research Center, Department of Nursing Management, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
5. Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Corresponding Author:**

Marjan Mardani-Hamooleh,

Address: Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (913) 2864077

E-Mail: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

Epidemiological changes have made chronic diseases increasingly important. Hypertension is also known as a chronic disease. The high prevalence of hypertension worldwide has made the disease a significant health problem in communities. Spiritual health has been proposed as one of the health indicators and predictors of self-care in chronic diseases. The spiritual aspect of health is related to physical, mental, and social health in several ways. For example, in the field of health behaviors, religious commitment and spirituality activate a person's responsibility in health behaviors, such as nutritional and wellbeing behaviors that add physical and psychological effects. Even performing spiritual rituals increase social support, the latter component of which has been recognized as one of the social determinants of health and reduction of stress. Spirituality enhances social interactions and promotes social support as a source of health promotion, facilitation of recovery, reduction of risk factors and stress. Spiritual health plays a major role in the general health of individuals. Unfortunately, researchers pay little attention to spiritual health. This study aimed to determine the relationship between spiritual health and adherence to the treatment regimen in patients with hypertension.

2. Materials and Methods

In this descriptive correlational study, 121 patients with hypertension were selected by continuous sampling method from cardiac clinics affiliated with Iran University of Medical Sciences, Iran, in 2020. The study data were collected through demographic information form and validated Ellison and Paloutzian spiritual health and Hil-Bone diet adherence questionnaires. For data analysis, we performed the statistical tests of the Spearman, independent t test, Chi-square, and analysis of variance using SPSS software version 16. To observe ethical considerations, first, permission was obtained from the Research Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1399.199). Then, a letter of introduction from the mentioned university was received, and the necessary coordination was made with the management of the studied centers. The research samples were then given the necessary information about the research process. They were reminded that participation in the study was optional and free to do so. The samples were also assured of information confidentiality.

3. Results

This study shows a significant and negative relationship between spiritual health and adherence to the treatment regimen in patients with hypertension ($P=0.001$, $r=-0.05$). Other results showed a statistically significant relationship between marital status and education and spiritual health, and there was a statistically significant relationship between the duration of illness and spiritual health. So, married people and children had a higher level of spiritual health, and with increasing the level of education, spiritual health increased significantly. Finally, there was a significant positive relationship between age and spiritual health. Another finding of this study was a significant relationship between individual variables (duration of illness, education, marital status, and age) with adherence to the treatment regimen. In addition, the results showed a statistically significant relationship between occupational status and adherence to the treatment regimen. The results showed a significant direct relationship between education levels with adherence to the treatment regimen. In this study, married people and children had followed the treatment regimen better.

4. Conclusion

Achieving a high level of spiritual health in the present study is not far from the culture of the Iranians, which is religious and inclined to spiritual values. The current study results also show that people in detrimental situations show strengths in their spiritual connections and try to establish mental peace. Achieving spirituality as an aspect of spiritual health seems to affect individuals' physiological and social health positively. As spiritual health increases, adherence to the treatment regimen in patients with hypertension decreases. Having spiritual health for this group of patients leads to less adherence to the treatment regimen. Considering the relationship between following the treatment regimen and reducing the complications caused by the disease and the speed of recovery of the disease, it is necessary that in treating people with hypertension, medical staff pay more attention to improving the patients' adherence to the treatment regimen. To promote the spiritual health of people, their adherence to the treatment regimen must be increased. In nursing education, nursing educators can use the findings of this study to design and implement their training programs so that nursing staff and students be involved with people with hypertension with the concept and importance of following a treatment regimen.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethical committee of the Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1399.199). All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information. They were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This study is extracted from the MA. thesis of the first author at the Department of Medical Surgical Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran.

Authors' contributions

Conceptualization: Reza Amiri, Marjan Mardani Hamouleh; Research: Mansoureh Ashghali Farahani, Reza Amiri, Analysis: Shima Haghani; Project Management: Marjan Mardani Hamoleh, Mahnaz Qalje; Editing and finalization: Marjan Mardani Hamouleh.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We want to thank the Vice-Chancellor for Research, Iran University of Medical Sciences for their help.

مقاله پژوهشی

ارتباط سلامت معنوی با پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب

رضا امیری^۱، *مرجان مردانی حموله^۲، منصوره اشقلی فراهانی^۳، مهناز قلججه^۴، شیمیا حقانی^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۰ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ آذر ۱۴۰۰

تعارض منافع

ندارد

زمینه و هدف: شیوع بالای بیماری پرفشاری خون، این بیماری را به صورت یک مشکل عمده بهداشتی در جوامع تبدیل کرده است. سلامت معنوی نیز به عنوان یکی از شاخص‌های بهداشتی در بیماری‌های مزمن مطرح است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه، یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی همبستگی بود. در این مطالعه، ۱۲۱ فرد با پرفشاری خون به روش نمونه‌گیری مستمر از درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران شرکت کردند. داده‌ها از طریق فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی Ellison, Paloutzian و پیروی از رژیم درمانی Hil-Bone جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری اسپیرمن، تی مستقل، کای اسکور و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: بین سلامت معنوی در بعد سلامت مذهبی با پیروی از رژیم دارویی ($P < 0/001$) و پیروی از رژیم غذایی ($P < 0/001$) و به طور کلی پیروی از رژیم درمانی ($P < 0/001$) همبستگی معنی‌دار وجود داشت که این همبستگی منفی بود. با افزایش سلامت مذهبی، پیروی از رژیم درمانی و دو بعد آن کاهش یافت. سلامت معنوی در بعد سلامت وجودی نیز با پیروی از رژیم دارویی ($P < 0/001$) و پیروی از رژیم غذایی ($P < 0/001$) و به طور کلی پیروی از رژیم درمانی ($P < 0/001$) همبستگی معنی‌دار داشت که این همبستگی نیز منفی بود. یعنی با افزایش سلامت وجودی، پیروی از رژیم درمانی و دو بعد آن کاهش می‌یابد. همچنین، سلامت معنوی در کل با پیروی از رژیم دارویی ($P < 0/001$) و پیروی از رژیم غذایی ($P < 0/001$) ارتباط معنی‌داری داشته که این همبستگی منفی بود و با افزایش سلامت معنوی پیروی از رژیم دارویی و غذایی کاهش می‌یابد. سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی همبستگی ارتباط معنی‌دار منفی داشتند و با افزایش سلامت معنوی، پیروی از رژیم درمانی کاهش می‌یابد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد برخورداری از سلامت معنوی برای افراد با پرفشاری خون منجر به پیروی کمتر آنان از رژیم درمانی می‌شود. شاید افراد برخوردار از سلامت معنوی بالاتر در این مطالعه با تکیه بر بعد معنوی‌شان، خود را بی‌نیاز از پیروی از رژیم درمانی دانسته‌اند.

کلیدواژه‌ها:

سلامت معنوی، پرفشاری خون، پیروی از رژیم درمانی

۱. گروه داخلی و جراحی، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه داخلی و جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. گروه مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۵. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

مرجان مردانی حموله

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روانپرستاری.

تلفن: ۲۸۶۴۰۷۷ (۹۱۳) ۹۸+

رایانامه: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

مقدمه

جمله پیروی از رژیم درمانی به‌ویژه در بیماری‌های مزمن چون پرفشاری خون شناخته می‌شوند. به بیان دیگر، وابستگی بیماران به معنویت و اعتقادات مذهبی با پیروی از رژیم درمانی در ارتباط است [۶]. سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. بعد سلامت مذهبی بر درک فرد از رفاه معنوی و ارتباط او با خدا و قدرت برتر مربوط می‌شود. همچنین بعد سلامت وجودی به این مفهوم است که فرد چگونه خود، جامعه و محیط اطراف را هماهنگ کند و شامل هدف زندگی، رضایت از زندگی و تجربه‌های مثبت و منفی است. از همین رو ارتباط بین سلامت معنوی و سلامت جسمی مورد توجه روانشناسان است [۷]. با توجه به اهمیت بعد معنوی در سلامت انسان، سلامت معنوی هسته مرکزی سلامت انسان است که با سایر ابعاد سلامتی در ارتباط است و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۸]. سلامت معنوی همواره به عنوان منبع اصلی در میان افرادی که در معرض ناتوانی و بیماری مزمن قرار دارند، مطرح است [۹] اما مطالعات مربوط به این موضوع به طور خاص در مورد پذیرش پیروی از رژیم درمانی و ارتباط آن با سلامت معنوی محدود شده است. با این وجود، رسیدگی به نیازهای روانی و مذهبی بیماران می‌تواند رفتارهای پایبندی به رژیم درمانی خود را بهبود بخشد و در نتیجه سلامت آن‌ها بهبود خواهد یافت [۸]. با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به پرفشاری خون و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر ابعاد سلامتی از جمله سلامت معنوی دارد، توجه به این بعد در این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است [۵].

بر اساس آنچه بیان شد، بعد معنوی سلامت از چند طریق با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط است. به عنوان مثال در حوزه رفتارهای بهداشتی، تعهد دینی و معنویت موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه رفتارهای بهداشتی همانند رفتارهای تغذیه‌ای و خوب زیستن می‌شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می‌کند. حتی انجام مناسک معنوی توصیه‌شده در ادیان موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و کاهش تنش شناخته شده است [۱۰]. به عبارت بهتر، معنویت، تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت، تسهیل بهبودی، کاهش عوامل خطر و استرس مطرح می‌کند. می‌توان گفت که سلامت معنوی نقشی اساسی در سلامت عمومی افراد داشته ولی متأسفانه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه سلامت معنوی در جوامع مختلف، متفاوت گزارش شده است به طوری که در پژوهشی، ارتباط مثبت بین متغیرهای سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی وجود داشت [۱۱]. در شرایطی که انتظار می‌رود، بین برخورداری از سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی ارتباط وجود داشته باشد، اما پژوهشی دیگر در ایالت کارولینای شمالی از ایالات متحده آمریکا، فقدان ارتباط بین متغیرهای سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی را نشان

امروزه نه تنها در کشورهای پیشرفته، بلکه حتی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز بیماری‌های مزمن و غیرواگیر بخش عمده‌ای از مشکلات مربوط به سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. پرفشاری خون نیز به عنوان یک بیماری مزمن شناخته شده است [۱]. این بیماری علامت نداشته، با تجهیزات اندک قابل تشخیص بوده و به راحتی می‌توان با دارو آن را درمان و کنترل کرد. بعد از دخانیات، پرفشاری خون به عنوان دومین عامل خطر اصلی مرگ در کشورهای در حال توسعه و سومین عامل خطر اصلی برای بیماری‌های غیرواگیر معرفی شده است. حداقل ۴۵ درصد از بیماران مبتلا به پرفشار خونی در اثر بیماری‌های قلبی-عروقی و خون یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بروز آنرواسکلروزیس، نارسایی قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی در بسیاری از کشورهاست. حدود ۵۱۱ میلیارد دلار و حدود ۴ درصد از تولید ناخالص ملی برای بیماری‌های غیرواگیردار در کشورهای با درآمد کم و متوسط هزینه می‌شود که بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله پرفشاری خون، تقریباً نیمی از هزینه ذکر شده را دربر می‌گیرد [۳].

در این میان، پیروی نکردن از رژیم درمانی یک نگرانی عمده جهانی، به‌ویژه در مورد بیمارانی است که در شرایط مزمن از قبیل ابتلا به پرفشاری خون قرار دارند [۲]. پیروی از رژیم درمانی به درجه مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی، پیروی از رژیم دارویی، پیروی از رژیم درمانی و تغییر سبک زندگی مطابق با توصیه‌های مراقبین سلامت اشاره دارد. در این خصوص، ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در سال اول درمان، داروهای خود را قطع می‌کنند [۴]. این در حالی است که پیروی از رژیم درمانی و استفاده از رژیم دارویی به طور چشم‌گیری باعث کاهش فشار خون و به دنبال آن کاهش مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در بیماران می‌شود [۳]. پیروی پایین از رژیم درمانی با افزایش هزینه‌های مراقبتی و میزان بالای بیماری‌های قلبی-عروقی مرتبط است. بنابراین شناسایی بیمارانی که پیروی ضعیف دارند بر افزایش مؤثر کنترل فشار خون در محیط‌های سرپایی مؤثر است. در بیماری‌های مزمن از جمله پرفشاری خون هزینه پیروی نکردن از رژیم درمانی بسیار بالاست، به طوری که تخمین زده می‌شود که هزینه سالیانه آن بیش از ۱۰۰ بیلیون دلار باشد. درحقیقت ۶۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات مزمن پیروی ضعیفی از درمان دارند [۵]. زمانی که افراد در اثر پیروی نکردن مناسب، اثرات درمانی کمتری را تجربه می‌کنند ممکن است این امر باعث افزایش تجویز مقدار دارو یا قطع یکی از داروها شود، زیرا کارکنان تیم بهداشتی بر این باورند که دارو مؤثر نیست.

در این راستا، عواملی مانند معنویت، مرتبط با رفتارهایی از

داد [۱۲]. بنابراین نتایج متناقض می‌تواند موکد این موضوع باشد که ساختار يك جامعه با سلامت معنوی و به دنبال آن پیروی از رژیم درمانی مرتبط است. در این میان، ضروری است، پرستاران به عنوان کسانی که به مراقبت از بیماران همت می‌گذارند، نسبت به شناسایی وضعیت پیروی از رژیم درمانی و ارتباط آن با سلامت بیماران به‌ویژه بعد سلامت معنوی آنان، اقدام کنند. بر این اساس، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی را با موضوع بررسی ارتباط سلامت معنوی با پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون انجام داده و ارتباط بین سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون را تعیین کند.

روش بررسی

این پژوهش، يك مطالعه توصیفی همبستگی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در این مطالعه محیط پژوهش، درمانگاه‌های قلب وابسته به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران بود (بیمارستان فیروزگر، بیمارستان فیروزآبادی، بیمارستان لولاگر و بیمارستان رسول اکرم). جامعه پژوهش شامل تمامی افراد با پرفشاری خون مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و نمونه شامل ۱۲۱ نفر از افراد با پرفشاری خون بودند که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه: بیماری پرفشاری خون بود که توسط پزشک متخصص قلب به صورت قطعی تشخیص داده شده باشد. برای درمان بیماری پرفشاری خون حداقل از یک دارو استفاده شود و از تشخیص بیماری پرفشاری خون آنان حداقل سه ماه گذشته باشد. نمونه‌گیری به شیوه مستمر انجام شد. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون ۰/۲ باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی شود، با استفاده از جدول مورگان ۱۹۸ نفر به دست آمد. این حجم نمونه تقریباً معادل ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. شایان ذکر است به دلیل آنکه نمونه‌گیری با همه‌گیری کووید ۱۹ مواجه شد با تأیید استاد مشاور آمار با احتساب ۶۰ درصد از حجم نمونه کلی، نمونه‌گیری پایان یافت. به این ترتیب حجم نمونه کلی در مطالعه حاضر برابر ۱۲۱ بود. پژوهشگر شخصاً به محیط پژوهش مراجعه کرد و بر اساس معیارهای ورود، نمونه‌ها را انتخاب و بعد از توضیح اهداف مطالعه و جلب مشارکت آنان، رضایت‌نامه کتبی را از بیمار دریافت و اقدام به توزیع ابزارها کرد. پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل می‌شد و برای افراد کم‌سواد یا آنان که ابهامی داشتند عین گویه‌های پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و پاسخ‌های نمونه‌ها در پرسش‌نامه‌ها علامت زده می‌شد. تا تکمیل تعداد محاسبه‌شده جهت نمونه‌گیری هر روزه به درمانگاه‌ها مراجعه شد. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه توسط هر فرد ۱۵ دقیقه و در کل فرایند گردآوری داده‌ها ۵ ماه به طول انجامید (از مرداد ماه تا دی ماه ۱۳۹۹).

جهت گردآوری داده‌ها در ابتدا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، سابقه ابتلا به بیماری، تعداد افراد خانوار، تهیه و در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در پژوهش حاضر از دو ابزار جهت گردآوری اطلاعات مربوط به دو متغیر اصلی تحت مطالعه، استفاده شد. ابزار سلامت معنوی Ellison, Paloutzian (۱۹۸۲) متشکل از بیست گویه و دو زیرمقیاس بود. به طوری که ده گویه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد [۱۳]. گویه‌های با شماره‌های فرد، سلامت مذهبی و گویه‌های با شماره‌های زوج، سلامت وجودی را نشان می‌دهند. پاسخ گویه‌ها به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. در گویه‌های با فعل مثبت (گویه‌های ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷، ۴، ۳) پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ و در گویه‌هایی که به فعل منفی منتهی شده است (گویه‌های ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲، ۱) پاسخ کاملاً موافقم، نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ را به خود اختصاص داده‌اند. دامنه نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی هر کدام به تفکیک ۱۰ - ۶۰ بود. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرمقیاس است که دامنه آن بین ۲۰ - ۱۲۰ در نظر گرفته شد. سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شد. در این ابزار، دریافت نمرات بالاتر بیانگر سلامت معنوی بالاتر است. جهت خرده‌مقیاس‌های سلامت مذهبی و سلامت وجودی سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. در این مطالعه از ابزار پیگیری رژیم درمانی بیماری پرفشاری خون Hil-Bone (۲۰۰۰) نیز استفاده شد [۱۴] که شامل سیزده گویه و سه زیرمقیاس پیروی از رژیم دارویی، پیروی از رژیم غذایی و پیگیری وعده ملاقات با پزشک است که زیرمقیاس پیروی از رژیم دارویی ۸ گویه (گویه‌های ۱ تا ۸)، پیروی از رژیم غذایی ۳ گویه (گویه‌های ۹ تا ۱۱) و پیگیری وعده ملاقات با پزشک ۲ گویه (گویه‌های ۱۲ و ۱۳) را به خود اختصاص می‌دهد و هر گویه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ‌وقت، گاهی اوقات، بیشتر مواقع و همیشه به ترتیب با نمرات ۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل ابزار ۱۳-۵۲ است. در این ابزار نمرات بر اساس صفر تا صد محاسبه و نمرات بین صفر تا ۲۵ پیگیری ضعیف، نمرات بین ۲۵ تا ۵۰ پیگیری متوسط، نمرات بین ۵۰ تا ۷۵ پیگیری خوب و نمرات بین ۷۵ تا ۱۰۰ پیگیری عالی در نظر گرفته شده است [۱۴].

روایی و پایایی هر دو ابزار در مطالعات داخل و خارج کشور، مطلوب گزارش شده است [۸، ۱۱-۱۵]. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی ابزارها با نظر سنجی از پنج نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی ایران احراز شد. همچنین به منظور ارزیابی پایایی ابزارها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور ابزار در اختیار ۱۵ نفر از بیماران که

کمترین میانگین ($11/08 \pm 41/86$) بود (جدول شماره ۳).

نتایج نشان داد بین سلامت معنوی با پیروی از رژیم درمانی همبستگی معکوس و معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$). میزان این همبستگی برابر با $0/559$ بود. بین پیروی از رژیم درمانی با سلامت مذهبی ($P < 0/001$) و سلامت وجودی ($P < 0/001$) همبستگی معکوس و معنی داری وجود داشت. بیشترین همبستگی با سلامت معنوی ($r = 0/572$) و کمترین با سلامت وجودی ($r = 0/536$) بود. یافته‌ها نشان داد بیشترین همبستگی سلامت معنوی با بعد پیروی از رژیم غذایی ($r = 0/566$) و کمترین با بعد پیروی از رژیم دارویی ($r = 0/392$) بود.

شاخص‌های عددی سلامت معنوی و پیگیری رژیم درمانی افراد بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. طبق این جدول، تنها بین مدت‌زمان بیماری با پیروی از رژیم درمانی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($P = 0/039$). به طوری که میانگین نمره در بیماران دارای مدت بیماری بیشتر از سه سال به صورت معنی داری از سایرین کمتر بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد سلامت معنوی با وضعیت تأهل ($P = 0/002$)، تحصیلات ($P = 0/005$) و مدت‌زمان بیماری ($P = 0/002$) رابطه معنی‌دار آماری داشتند. به طوری که سلامت معنوی در افراد مجرد و دارای مدرک دیپلم و دانشگاهی و بیماران دارای مدت بیماری سه سال و کمتر، از سایر افراد به صورت معنی داری کمتر بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین سن و سلامت معنوی افراد همبستگی خطی مستقیم و معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میانگین نمره سلامت مذهبی و وجودی کسب شده توسط افراد با پرفشاری خون به ترتیب $41/86$ و $53/22$ بود، بنابراین می‌توان سطح ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی افراد مورد مطالعه را در حد متوسط رو به بالا ارزیابی کرد. به دست آمدن سطح بالای میانگین نمره کل سلامت معنوی در مطالعه حاضر، برای جامعه ایرانی که مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی است دور از ذهن نیست، اما جو مذهبی در ایران ممکن است در پاسخ‌دهی به سؤالات مؤثر بوده باشد. همچنین از نتایج مطالعه حاضر چنین برمی‌آید که افراد در موقعیت‌های اثبات‌شده مغایر با حیات، ارتباطات معنوی خود را تقویت می‌کنند و سعی می‌کنند با برقراری یک سلامت معنوی از آرامش روانی که در پی آن حاصل می‌شود، برخوردار شوند. به نظر می‌رسد که رسیدن به معنویت به عنوان یک جنبه از سلامت روحانی، اثرات مثبتی بر سلامت فیزیولوژیک و اجتماعی افراد دارد [۱۵]. همین‌طور بالا بودن نمره زیرمقیاس سلامت وجودی از سلامت معنوی در مقایسه با زیرمقیاس سلامت مذهبی از سلامت معنوی می‌تواند ناشی از همین شرایط فرهنگی مذهبی مردم ایران باشد و اینکه

همسان با نمونه‌های پژوهش، اما خارج از نمونه‌های پژوهش بودند، قرار گرفت. سپس، همسانی درونی ابزار سنجیده شد. پایایی برای کل ابزار در خصوص ابزار سلامت معنوی $0/92$ و برای دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب $0/89$ و $0/85$ به دست آمد. برای ابزار پیروی از رژیم درمانی، پایایی کل ابزار $0/78$ به دست آمد و برای خرده‌مقیاس‌های پیروی از رژیم دارویی، پیروی از رژیم غذایی و پیگیری وعده ملاقات با پزشک به ترتیب $0/76$ ، $0/72$ و $0/74$ حاصل شد. در ادامه به واحدهای پژوهش در رابطه با فرایند تحقیق اطلاعات لازم داده شد و از نظر اخلاقی به آنان خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها از این نظر آزاد هستند. همچنین به نمونه‌ها در زمینه حفظ اطلاعات، اطمینان داده شد. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. به این منظور از آمار توصیفی (تعیین فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، P کمتر از $0/05$ از نظر آماری معنادار لحاظ شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران در جدول شماره ۱ دیده می‌شود. دامنه سنی نمونه‌ها ۳۰ تا ۸۲ سال با میانگین $53/12 \pm 12/53$ سال بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش متأهل ($79/3$ درصد) و مرد ($51/2$ درصد) بودند. همه افراد دارای بیمه بودند و وضعیت اقتصادی بیشتر افراد در سطح متوسط ($88/4$ درصد) قرار داشت. بیش از نیمی از افراد مورد پژوهش ($57/0$ درصد) شاغل بودند و تحصیلات در سطح ابتدایی ($68/6$ درصد) بیشترین فراوانی را در بین سایر سطوح تحصیلی داشت. بیشتر افراد دارای تعداد خانواده دو نفر و کمتر بوده ($74/4$ درصد) و بیشتر از سه سال از بیماری‌شان می‌گذشت ($82/6$ درصد).

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار پیگیری رژیم درمانی و زیرمقیاس‌های آن دیده می‌شود. میانگین نمره پیروی از رژیم دارویی $11/67 \pm 1/82$ ، میانگین نمره پیروی از رژیم غذایی $3/89 \pm 1/59$ و پیگیری وعده ملاقات با پزشک $4/2 \pm 0/97$ گزارش شد. در نهایت میانگین پیروی از رژیم درمانی $19/93 \pm 2/72$ بود. سایر نتایج نشان داد که پیروی از رژیم درمانی در بیشتر نمونه‌ها یعنی ۱۱۳ نفر ($93/4$ درصد) در سطح ضعیف ($0-25$) و ۸ نفر ($6/6$ درصد) در سطح متوسط ($25-50$) بود و هیچ‌کدام از نمونه‌ها، پیروی از رژیم درمانی در سطح خوب و عالی (بالتر از ۵۰) نداشتند.

در این مطالعه میانگین سلامت معنوی در افراد برابر با $95/12 \pm 24/95$ بود. یافته‌ها نشان داد سلامت وجودی دارای بیش‌ترین میانگین ($14/16 \pm 53/22$) و سلامت مذهبی دارای

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی افراد با پرفشاری خون

مشخصات جمعیت‌شناختی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	
۳۰-۳۹	۱۴(۱۱/۶)
۴۰-۴۹	۲۳(۱۹)
۵۰-۵۹	۳۱(۲۵/۶)
۶۰ و بالاتر	۵۳(۴۳/۸)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
میانگین \pm انحراف معیار بیشینه-کمینه	۵۶/۳۱ \pm ۱۲/۵۳ ۳۰ - ۸۲
جنسیت	
زنان	۵۹(۴۸/۸)
مردان	۶۲(۵۱/۲)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
تاهل	
مجرد و مطلقه	۲۵(۲۰/۷)
متاهل	۹۶(۷۹/۳)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
وضعیت اقتصادی	
ضعیف	۱۴(۱۱/۶)
متوسط	۱۰۷(۸۸/۴)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۶۹(۵۷/۵)
بیکار	۵۲(۴۳/۰)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
سطح تحصیلات	
کمتر از دیپلم	۱۰۵(۸۶/۷۷)
دیپلم و دانشگاهی	۱۶(۱۳/۲۳)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
تعداد افراد خانواده	
دو نفر و کمتر	۹۰(۷۴/۴)
سه نفر و بیشتر	۳۱(۲۵/۶)
کل	۱۲۱(۱۰۰)
مدت‌زمان بیماری	
سه سال و کمتر	۲۱(۱۷/۳)
بیشتر از سه سال	۱۰۰(۸۲/۶)
کل	۱۲۱(۱۰۰)

جدول ۲. شاخص‌های عددی پیگیری رژیم درمانی و زیرمقیاس‌های آن در افراد با پرفشاری خون

پیشینه	کمینه	میانگین \pm انحراف معیار	پیگیری رژیم درمانی و زیرمقیاس‌های آن
۱۸	۸	۱۱/۸۲ \pm ۱/۶۷	پیروی از رژیم دارویی (۸-۳۲)
۸	۲	۴/۷ \pm ۰/۹۷	پیگیری وعده ملاقات با پزشک (۲-۸)
۱۰	۳۳	۲/۹۸۹ \pm ۱/۵۵۹	پیروی از رژیم غذایی (۳-۱۲)
۳۰	۱۴	۱۹/۹۹۳ \pm ۲/۷۷۲	پیروی از رژیم درمانی (۱۳-۵۲)

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. شاخص‌های عددی سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن در افراد با پرفشاری خون

پیشینه	کمینه	میانگین \pm انحراف معیار	سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن
۵۵۴	۱۱۶	۴۱/۸۶ \pm ۱۱/۰۸	سلامت مذهبی (۱۰-۶۰)
۶۶۶	۲۲۱	۵۲/۲۲ \pm ۱۴/۱۶	سلامت وجودی (۱۰-۶۰)
۱۲۰	۴۰	۹۵/۱۲ \pm ۲۴/۹۵	سلامت معنوی (۲۰-۱۲۰)

نشریه پرستاری ایران

در این زمینه است.

در این مطالعه مشخص شد که هرچه سلامت معنوی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بالاتر باشد، به همان نسبت کمتر از رژیم درمانی خود پیروی می‌کنند. مطالعه کرچی (Kretchy) و همکاران در کشور غنا نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری معکوس بین سلامت معنوی و پیروی از رژیم دارویی وجود داشت [۱۰] که همسو با مطالعه حاضر است. نتایج به‌دست‌آمده از این بخش از مطالعه کنونی و نتایج مشابه به‌دست‌آمده از مطالعات انجام‌شده در همین زمینه می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که وقتی افراد سلامت معنوی بالاتری دارند با برخورداری از منبع معنویت، بیشتر خود را سالم می‌پندارند و متعاقب آن کمتر به پیروی از رژیم درمانی همت می‌گمارند. با این حال، بر خلاف نتایج کسب‌شده در مطالعه حاضر، در پژوهشی که با مشارکت زنان مبتلا به پرفشاری خون در ایالات متحده آمریکا انجام شد [۱۱]، یافته‌های حاصل نشانگر

بیماران در شرایط استرس‌زای زندگی و بحران ناشی از بیماری، گرایش بیشتری به معنویت پیدا می‌کنند. در این مطالعه، میانگین نمره پیروی از رژیم درمانی در افراد $۱۹/۹۳ \pm ۲/۷۴$ بود که نشانگر پیروی از رژیم درمانی ضعیف در افراد با پرفشاری خون بوده است. همسو با نتایج این بخش از مطالعه، یافته‌های پژوهش ازلا - آدیکابه (Ezeala-Adikaibe) و همکاران در نیجریه، بیان داشت که ۶۲/۵ درصد افراد با پرفشاری خون از رژیم درمانی خود پیروی نداشته‌اند [۱۶]. با این حال نتایج مطالعه تیلیا (Tilea) و همکاران در کشور رومانی نشان داد که ۶۹/۸ درصد از افراد با پرفشاری خون در پیروی از رژیم درمانی خود موفق عمل کرده‌اند [۱۷]. همچنین یافته‌های حاصل از مطالعه صفوی بیات و همکاران در شهر تهران نشانگر آن بود که ۸۵/۴ درصد از افراد با پرفشاری خون در حد متوسط از رژیم درمانی خود پیروی می‌کردند [۱۸] که ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر، بیانگر وضعیت نسبتاً مطلوب

جدول ۴. همبستگی سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن با پیروی از رژیم درمانی و خرده‌مقیاس‌های آن در افراد با پرفشاری خون

پیروی از رژیم درمانی سلامت معنوی و ابعاد آن	پیروی از رژیم دارویی	پیروی از رژیم غذایی	پیگیری وعده ملاقات با پزشک	پیروی از رژیم درمانی سلامت معنوی و ابعاد آن
$r = -0/396^*$ $p < 0/001$	$r = -0/571^*$ $p < 0/001$	$r = 0/004$ $p = 0/964$	$r = -0/572^*$ $p < 0/001$	سلامت مذهبی
$r = -0/381^*$ $p < 0/001$	$r = -0/550^*$ $p < 0/001$	$r = 0/045$ $p = 0/624$	$r = -0/536^*$ $p < 0/001$	سلامت وجودی
$r = -0/392^*$ $p < 0/001$	$r = -0/566^*$ $p < 0/001$	$r = 0/027$ $p = 0/768$	$r = -0/559^*$ $p < 0/001$	سلامت معنوی

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱ است.

نشریه پرستاری ایران

جدول ۵. شاخص‌های عددی سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی در افراد با پرفشاری خون بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی آن‌ها و مقایسه آن

نتیجه آزمون	میانگین ± انحراف معیار		نتیجه آزمون میانگین	میانگین ± انحراف معیار		تعداد میانگین	مشخصات جمعیت‌شناختی
	پیروی از رژیم درمانی	سلامت معنوی		پیروی از رژیم درمانی	سلامت معنوی		
جنسیت*	t=-۰/۱۷۳ df=۱۱۹ P=۰/۸۶۳	۱۹/۸۸±۲/۸۳	t=-۰/۰۰۳ df=۱۱۹ P=۰/۹۸۸	۹۵/۰۸±۲۶/۶۹	۵۹	زن	
		۱۹/۹۷±۲/۶۷		۹۵/۱۰±۲۳/۵۱	۶۲		مرد
وضعیت تأهل*	t=۱/۲۸۲ P=۰/۳۳۲ df=۱۱۹	۲۰/۸۲±۳/۸۹	t=۲/۳۳۹ P=۰/۰۰۲ df=۱۱۹	۷۰/۷۳±۳۳/۰۸	۲۵	مجرد	
		۱۹/۷۳±۲/۵۶		۹۷/۰۲±۲۲/۰۷	۹۶		متاهل
وضعیت اقتصادی*	t=۰/۹۳۷ df=۱۱۹ P=۰/۳۵۱	۲۰/۵۷±۳/۳۰	t=۰/۲۶۹ df=۱۱۹ P=۰/۷۲۸	۹۶/۷۹±۱۹/۹۵	۱۴	ضعیف	
		۱۹/۸۴±۲/۶۷		۹۴/۸۷±۲۵/۶۷	۱۰۷		متوسط
وضعیت اشتغال*	t=۱/۱۵۲ df=۱۱۹ P=۰/۲۵۲	۲۰/۱۶±۳/۰۱	t=-۰/۵۲۵ df=۱۱۹ P=۰/۵۹۴	۹۳/۸۲±۲۶/۷۲	۶۹	شاغل	
		۱۹/۵۸±۲/۴۰		۹۶/۲۷±۲۳/۱۶	۵۲		بیکار
تحصیلات*	t=۰/۶۲۳ P=۰/۱۳۸ df=۱۱۹	۱۹/۸۱±۲/۸۰	t=۰/۴۰۴ P=۰/۰۰۵ df=۱۱۹	۹۲/۳۳±۲۸/۰۲	۱۰۵	کمتر از دیپلم	
		۲۰/۹۱±۲/۶۹		۷۵/۲۵±۲۹/۶۱	۱۶		دیپلم و دانشگاهی
تعداد افراد خانواده*	t=۰/۳۶۵ df=۱۱۹ P=۰/۷۱۵	۲۰/۰۱±۲/۶۹	t=-۰/۱۷۸ df=۱۱۹ P=۰/۸۵۹	۹۴/۷۶±۲۴/۸۸	۹۰	کمتر یا دو نفر	
		۱۹/۸۰±۲/۸۹		۹۵/۷۰±۲۶/۱۳	۳۱		سه نفر و بیشتر
مدت‌زمان بیماری*	t=۲/۰۹۱ df=۱۱۹ P=۰/۰۳۹	۲۱/۰۵±۳/۴۷	t=-۴/۵۴۵ df=۱۱۹ P=۰/۰۰۲	۷۳/۱۹±۳۱/۲۹	۲۱	سه سال و کمتر	
		۱۹/۶۹±۲/۵۲		۹۹/۴۸±۲۱/۱۷	۱۰۰		بیشتر از سه سال
r=۰/۱۷۰- ** P=۰/۶۳/۰			r=۰/۴۰۳** P<۰/۰۰۱			سن	

*آزمون تی مستقل؛ **همبستگی پیرسون.

نشریه پرستاری ایران

داشت. در نهایت بین متغیرهای سن و سلامت معنوی افراد رابطه مثبت بوده و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. از دیگر یافته‌های این مطالعه وجود ارتباط معنی‌دار متغیرهای فردی (مدت‌زمان بیماری، تحصیلات، وضعیت تأهل و سن) با پیروی از رژیم درمانی بود. به علاوه، نتایج حاکی از آن بود که بین رده‌های وضعیت شغلی با پیروی از رژیم درمانی رابطه معنی‌داری از لحاظ آماری دارد. نتایج گویای ارتباط بین رده‌های تحصیلات با متغیر پیروی از رژیم درمانی بود به این معنی که با افزایش سطح تحصیلات، پیروی از رژیم درمانی به صورت چشمگیری افزایش می‌یافت. در این مطالعه، در افراد متأهل و دارای فرزند پیروی از رژیم درمانی بالاتری داشتند. به طور کلی، با توجه به ارتباط بین پیروی از رژیم درمانی با کاهش عوارض ناشی از بیماری و سرعت بهبودی بیماری، ضروری است که در فرایند درمان بیماران مبتلا به پرفشاری خون، بر ارتقای پیروی از رژیم درمانی آن‌ها از سوی پرسنل درمانی توجه بیشتری صورت گیرد و با سعی در جهت ارتقای سلامت معنوی بیماران، پیروی آنان از رژیم درمانی افزایش یابد. در عرصه آموزش پرستاری نیز مجریان آموزش پرستاری می‌توانند با استفاده از یافته‌های این تحقیق، برنامه‌های آموزشی خود را به نحوی تنظیم و اجرا کنند که کارکنان پرستاری و

آن بود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی وجود داشت است، به این صورت که هرچقدر نمره سلامت معنوی بالاتر بوده سطح پیروی از رژیم درمانی افزایش چشمگیری داشته است. مطالعه منصوریان و همکاران در گرگان نشان داد که هرچه سلامت معنوی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون رشد بیشتری داشته باشد، از سلامت بیشتری نیز برخوردارند [۱۹]. این یافته‌ها بیانگر اهمیت بعد معنوی از سلامت افراد مبتلا به پرفشاری خون است که باید مد نظر مراقبین سلامت قرار گیرد. به علاوه، با توجه به اینکه پیروی این افراد از رژیم درمانی، موفقیت‌آمیز بودن درمان را پیش‌بینی می‌کند و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد [۲۱، ۲۰]، توجه به بعد معنوی سلامت برای این افراد، اهمیت مضاعف پیدا می‌کند.

نتایج دیگر حاکی از آن بود که بین وضعیت تأهل و تحصیلات با سلامت معنوی رابطه معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده شد و بین رده‌های مدت‌زمان بیماری با سلامت معنوی نیز رابطه معنی‌داری آماری مشاهده شد. به این شکل که افراد متأهل و دارای فرزند از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند و با افزایش سطح تحصیلات، سلامت معنوی افزایش چشمگیری

مدیریت پروژه: مرجان مردانی حموله، مهناز قلجه؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: مرجان مردانی حموله.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر، مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه دانشگاه علوم پزشکی ایران و تمامی افراد شرکت‌کننده در تحقیق اعلام می‌دارد.

دانشجویان درگیر با بیماران پرفشاری خون با مفهوم و اهمیت پیروی از رژیم درمانی آشنا شوند و افزون بر آن، اهمیت پیروی از رژیم درمانی در رئوس مطالب آموزش دانشجویان پرستاری طی دوران تحصیل مورد توجه قرار گیرد.

روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر، استفاده از پرسش‌نامه خود گزارشی بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر مثل مصاحبه با حضور پژوهشگر و مشاهده مستقیم برای گردآوری در خصوص پیروی از رژیم درمانی اطلاعات استفاده شود. این مطالعه با مشارکت بیماران دارای پرفشاری خون انجام شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی به منظور مقایسه و بررسی سلامت معنوی و پیروی از رژیم درمانی در سایر بیماری‌های مزمن نیز انجام و نتیجه حاصله با یافته‌های مطالعه حاضر مورد مقایسه قرار گیرد. این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته است. از جمله آنکه همه‌گیری کووید ۱۹ مصادف با زمان نمونه‌گیری این مطالعه بود که باعث تأخیر در گردآوری داده‌های این مطالعه شد و با وجود محدودیت‌های زیاد از جمله انتشار و انتقال ویروس، بیماران کمتری به درمانگاه‌ها مراجعه کردند که خارج از کنترل پژوهشگر بود. به علاوه، کمبود مطالعاتی که به طور ویژه دو متغیر اصلی تحت مطالعه را با هم بررسی کرده باشند، مانع از مقایسه عمیق یافته‌های حاصل از این مطالعه با نتایج سایر مطالعات شد. بنابراین به پرستاران پژوهشگر توصیه می‌شود در این زمینه مطالعات بیشتری انجام دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجوز گرفته شد (کد: IR.IUMS.REC.1399.199). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این مطالعه، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول در گروه پرستاری جراحی پزشکی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: رضا امیری، مرجان مردانی حموله؛ تحقیق و بررسی: منصوره اشقلی فراهانی، رضا امیری، تحلیل: شیما حقانی؛

References

- [1] Taher M, Safavi Bayat Z, Niromand Zandi K, Ghasemi E, Abr-edari H, Karimy M, et al. Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29:194. [PMID]
- [2] Ramazani T, Dashti Z, Hozoori M, Mohebi S. [The relationship of nutritional awareness with hypertension with anthropometric indices in menopausal women (Persian)]. *Journal of Health and Care*. 2016; 18(2):139-49. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-548-en.html>
- [3] Algabbani FM, Algabbani AM. Treatment adherence among patients with hypertension: Findings from a cross-sectional study. *Clin Hypertens*. 2020; 26:18. [DOI:10.1186/s40885-020-00151-1] [PMID] [PMCID]
- [4] Nayeri ND, Dehghan M, Iranmanesh S. Being as an iceberg: Hypertensive treatment adherence experiences in southeast of Iran. *Glob Health Action*. 2015; 8:28814. [DOI:10.3402/gha.v8.28814] [PMID] [PMCID]
- [5] Mukora-Mutseyekwa FN, Chadambuka EM. Drug adherence behavior among hypertensive out-patients at a tertiary health institution in Manicaland province, Zimbabwe, 2011. *Patient Prefer Adherence*. 2013; 7:65-70. [DOI:10.2147/PPA.S40295] [PMID] [PMCID]
- [6] Sharifi S, Moeini M. [The effect of an Islamic spiritual program on life satisfaction of elderly patients with hypertension (Persian)]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016; 4(4):93-103. <http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-233-fa.html>
- [7] Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJ, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1):649-58. [DOI:10.1590/S0066-782X2012005000053] [PMID]
- [8] Bai M, Lazenby M, Jeon S, Dixon J, McCorkle R. Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliat Support Care*. 2015; 13(4):927-35. [DOI:10.1017/S1478951514000820]
- [9] Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(6):574-9. [DOI:10.1016/j.nedt.2012.06.007] [PMID]
- [10] Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and religious beliefs: Do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Biopsychosoc Med*. 2013; 7(1):15. [DOI:10.1186/1751-0759-7-15] [PMID] [PMCID]
- [11] Mondesir FL, Levitan EB, Malla G, Mukerji R, Carson AP, Safford MM, et al. Patient perspectives on factors influencing medication adherence among people with Coronary Heart Disease (CHD) and CHD risk factors. *Patient Prefer Adherence*. 2019; 13:2017-27. [DOI:10.2147/PPA.S222176] [PMID] [PMCID]
- [12] Abel WM, Greer DB. Spiritual/religious beliefs & medication adherence in black women with hypertension. *J Christ Nurs*. 2017; 34(3):164-9. [DOI:10.1097/CNJ.0000000000000333] [PMID]
- [13] Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons; 1982. p. 224-237. <https://www.google.com/books/edition/Loneliness/z0p9AAAAMAAJ?hl=en>
- [14] Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000; 15(3):90-6. [DOI:10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x] [PMID]
- [15] Aghaeipour Amshal E, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadsisi D. [Relationship between spiritual wellbeing with anxiety in elderly patients with chronic heart failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (Persian)]. *Iranian J Nurs Res*. 2016; 10(4):145-54. <http://ijnr.ir/article-1-1637-en.html>
- [16] Ezeala-Adikaibe BA, Mbadiwe N, Okudo G, Nwosu N, Nwobodo N, Onyebueke G, et al. Factors associated with medication adherence among hypertensive patients in a tertiary health center: A cross-sectional study. *Arch Community Med Public Health*. 2017; 3(1):024-31. [DOI:10.17352/2455-5479.000021]
- [17] Tilea I, Petra D, Voidazan S, Ardeleanu E, Varga A. Treatment adherence among adult hypertensive patients: A cross-sectional retrospective study in primary care in Romania. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12:625-35. [DOI:10.2147/PPA.S162965] [PMID] [PMCID]
- [18] Safavi Bayat Z, Taher M. [Correlation between self care and compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension (Persian)]. *Caspian J Health Aging*. 2017; 1(1):42-8. <http://cjhaa.mubabol.ac.ir/article-1-26-en.html>
- [19] Mansoorian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Rahimzadeh Barzaki H, Shafieyan Z, et al. [Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan (Persian)]. *J Health Promot Manag*. 2012; 1(2):23-8. <http://jhpm.ir/article-1-60-en.html>
- [20] 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 (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2013; 26(85):44-54. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1684-en.html>
- [21] Khorashadizadeh F, Heydari A, Heshmati Nabavi F, Mazlom S, Ebrahimi M. [Concept analysis of spiritual health based on islamic teachings (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2015; 28(97):42-55. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-2235-en.html>