

## عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی از دیدگاه بیماران مبتلا به پرفشاری خون و کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی شهر ماهان - کرمان: یک مطالعه کیفی

زهرا قادری نسب<sup>۱</sup>، پروین منگلیان شهربابکی<sup>۲</sup>، حمید شریفی<sup>۳\*</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** از مشکلات کنترل اپیدمی پرفشاری خون در جهان، عدم تبعیت دارویی است. هدف این مطالعه تبیین عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی از دیدگاه بیماران مبتلا به پرفشاری خون و کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی شهر ماهان واقع در استان کرمان است.

**روش بررسی:** این مطالعه کیفی، به روش تحلیل محتوای قراردادی در پایگاه‌های بهداشتی شهر ماهان در سال ۱۴۰۱ با مشارکت ۲۹ نفر که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند، انجام گرفت. داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق گردآوری شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه بازنویسی و به عنوان داده اصلی تجزیه و تحلیل شد. بررسی صحت علمی و اعتباربخشی داده‌ها بر اساس معیارهای Guba و Lincoln صورت گرفت.

**یافته‌ها:** عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی در بیماری پرفشاری خون با سه طبقه «ماهیت بیماری و درمان» شامل بی‌علامت بودن و ماهیت مزمن بیماری، خسته شدن از مصرف دایمی دارو، «عوامل فردی و خانوادگی» شامل ترس و تردیدهای درونی، تمایل به درمان‌های غیردارویی، حمایت ناقص خانواده و «عوامل سازمانی» شامل هزینه‌های بالای درمان و دسترسی به خدمات تخصصی، حمایت ناقص تیم درمان و مراقبت، پیگیری نامناسب بیماری استخراج شد.

**نتیجه‌گیری:** عوامل متعددی با طیف متفاوت بر عدم تبعیت دارویی در این بیماران تأثیر می‌گذارند. لذا آموزش‌های منظم به بیماران درباره ماهیت بیماری و نقش رعایت رژیم دارویی می‌تواند به بهبود تبعیت دارویی کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** پرفشاری خون، موانع، درمان، تبعیت دارویی

نویسنده مسئول: حمید شریفی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشگاه آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

e-mail: sharifhami@gmail.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۲ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۳ - انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۴/۹

### مقدمه

در قرن جاری رشد سریع بیماری‌های غیرواگیر چالش بهداشتی است که توسعه و سلامت جوامع را تهدید می‌کند. بیماری‌های قلبی و عروقی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر است که پرفشاری خون به عنوان مهم‌ترین و شایع‌ترین عامل خطر ابتلا به این

بیماری‌ها شناخته شده است (۱). پرفشاری خون علت حداقل ۴۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی و ۵۱٪ از مرگ و میرهای ناشی از سکته مغزی برآورد شده است. برآورد می‌شود سالانه پرفشاری خون منجر به مرگ ۹/۴ میلیون نفر در سراسر جهان می‌شود (۲). پرفشاری خون با ۲۱۲ میلیون سال، عامل بیش‌ترین نسبت سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس است (۳). در

۱- گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران  
۲- مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران  
۳- مرکز تحقیقات مراقبت‌های آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشگاه آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

جهان از هر سه نفر بزرگسال یک نفر دچار پرفشاری خون است و شیوع آن به طور مداوم در حال افزایش است (۲). به طوری که تعداد افراد ۳۰ تا ۷۹ ساله مبتلا به پرفشاری خون از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ دو برابر شده است (۴). گرچه شیوع آن به روند ثابتی در کشورهای توسعه یافته رسیده، اما در سال‌های اخیر در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط افزایش یافته است (۱). شیوع پرفشاری خون در بزرگسالان ایرانی ۲۵٪ برآورد شده است که این رقم در حال رشد است (۵).

مشکلات متعددی در کنترل پرفشاری خون وجود دارد. از جمله یکی از مشکلات اصلی این است که ۴۶٪ افراد مبتلا به این بیماری از وجود آن در خود آگاه نیستند، همچنین کم‌تر از نیمی از بزرگسالان مبتلا به پرفشاری خون تشخیص داده شده و درمان می‌شوند و تقریباً در ۲۱٪ موارد، پرفشاری خون کنترل می‌شود (۶). اما باید توجه نمود که کنترل پرفشاری خون نقش بسیار مهمی در عوارض ناشی از آن دارد؛ برای مثال، درمان به‌موقع و مناسب پرفشاری خون می‌تواند تا ۴۰٪ خطر سکته مغزی، تا ۲۵٪ خطر سکته قلبی و تا ۵۰٪ خطر نارسایی قلبی را کاهش دهد (۷). وضعیت درمان پرفشاری خون در کشورهای مختلف یکسان نیست و این وضعیت در کشورهای با درآمد کم و متوسط مشکلات بیش‌تری دارد. مطالعاتی در این کشورها نشان داده که ۳۰٪ از افراد مبتلا به پرفشاری خون تحت درمان دارویی هستند و تنها فشارخون ۱۰٪ آن‌ها تحت کنترل است، هرچند که در کشورهای با درآمد بالا وضعیت دسترسی به

درمان و کنترل پرفشاری خون بهتر است، اما هنوز خلاً بزرگی در این زمینه وجود دارد. مطالعات نشان داده‌اند که پوشش درمانی پرفشاری خون حداکثر ۸۰٪ بوده و فشارخون کم‌تر از ۷۰٪ افراد تحت کنترل است (۸).

درمان بیماران مبتلا به پرفشاری خون به شکل ترکیبی از درمان غیردارویی و درمان دارویی است. در این بین اصلاح شیوه زندگی شامل رژیم غذایی، کنترل وزن و افزایش تحرک بدنی به‌عنوان درمان غیردارویی توصیه می‌شود. اغلب بیماران علاوه بر روش‌های اصلاح سبک زندگی به درمان دارویی نیز نیاز دارند (۹). گرچه اکنون بسیاری از داروهای درمان پرفشاری خون در دسترس است ولی استفاده از آن‌ها همچنان کم است (۸). یکی از دلایل اصلی کنترل ضعیف فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، عدم تبعیت دارویی است و رعایت رژیم دارویی برای پرفشاری خون، یک سال پس از شروع درمان، کم‌تر از ۵۰٪ گزارش شده است (۱۰). میزان تبعیت دارویی در ایران بین ۷-۵۰٪ است (۱۱). چند دسته از عوامل شامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی اقتصادی، شرایط پزشکی- رفتاری، مراقبت‌های بهداشتی با عدم تبعیت دارویی همراه هستند (۱۰).

با توجه به مطالعات موجود، به نظر می‌رسد که شناخت ما از عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، به حدی نیست که بتواند مشکلات مربوط به این بیماران را حل نماید؛ چرا که این مطالعات به خصوص در داخل ایران، رویکرد کمی داشته و بعضاً با تأکید بر یک جنبه جزیی

و عموماً تک عاملی و با فرضیه از پیش تعیین شده، به بررسی این مهم پرداخته‌اند. لذا تحقیق حاضر با رویکرد کیفی؛ درک درستی از تجارب بیماران را به پژوهشگران می‌دهد، چرا که بسیاری از تجارب ماهیت ذهنی دارند که گاهی با روش‌های کمی قابل سنجش نیستند و مصاحبه و گفت‌وگوی عمیق می‌تواند راه حل این مشکل باشد. همچنین، مطالعات انجام یافته در ایران بیش‌تر در شهرهای بزرگ انجام گرفته است که می‌تواند نتایج متفاوتی ناشی از سبک زندگی متنوع مردم در شهرهای بزرگ و کوچک باشد. با توجه به متفاوت بودن سطح فرهنگ، باورها، سبک زندگی و وضعیت اجتماعی اقتصادی، در این مطالعه بر آن شدیم عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی را از دیدگاه بیماران مبتلا به پرفشاری خون و کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی شهر ماهان- کرمان بررسی نماییم.

### روش بررسی

طراحی: این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام گرفته است. تجزیه و تحلیل محتوا روشی است برای شناسایی و تفسیر معانی از طریق ارتباط داده‌های کوچک و سپس ایجاد چارچوبی برای سازمان‌دهی مفاهیم، به‌گونه‌ای که می‌تواند برای توصیف یک پدیده مورد استفاده قرار گیرد (۱۲).

نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. نمونه‌ها با حداکثر تنوع از جمعیت شهر ماهان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن حداقل ۳۰ سال، توانایی برقراری ارتباط و تمایل به

همکاری با مصاحبه‌گر، مبتلا بودن فرد به پرفشاری خون با آگاهی از وضعیت ابتلا و سابقه عدم مصرف داروها در طول دوران بیماری، عدم ابتلا به بیماری روحی و روانی شناخته شده. همچنین، از تجربیات کارکنان بهداشتی و درمانی و اعضای خانواده بیماران در جهت رسیدن به غنای داده‌ها استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها از شهریور ۱۴۰۱ تا فروردین ۱۴۰۲ ادامه داشت. مصاحبه‌ها در پایگاه‌های بهداشتی شهر ماهان انجام یافت و هر مصاحبه بسته به موقعیت و موافقت طرفین بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامید. در مجموع ۲۹ نفر شامل ۲۵ بیمار مبتلا به پرفشاری خون، یک نفر از اعضای افراد مبتلا و سه نفر از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در شهر ماهان به این مطالعه وارد شدند.

روش جمع‌آوری داده‌ها: روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق بود. ابتدا چند سؤال به منظور ایجاد محیط دوستانه و برقراری ارتباط دوطرفه مناسب پرسیده می‌شد، سپس روند مصاحبه با سؤالات روشن، از کل به جز و از ساده به پیچیده در جهت اهداف مطالعه هدایت می‌شد. برخی از سؤالات مطرح شده این گونه بود: «فشارخون را چگونه توصیف می‌کنید؟»، «تجربه‌تان را در زمینه رعایت رژیم دارویی بیان فرمایید؟»، «با توجه به تجربه شما چه چیزهایی مانع رعایت رژیم دارویی شماست و چرا؟». قبل از شروع مصاحبه، هدف مطالعه و محرمانه بودن داده‌ها به شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد، سپس فرم رضایت‌نامه توسط شرکت‌کنندگان امضا می‌شد. جمع‌آوری داده‌ها براساس معیارهای

ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع عبارت است از کامل شدن همه سطوح کدها به طوری که اطلاعات مفهومی جدیدی حاصل نشود و طبقات به تکامل برسند (۱۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها: متن مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شده و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده می‌شد. صدای ضبط شده به دفعات گوش داده شده و متن چندین بار مرور می‌شد. سپس واحدهای معنادار استخراج شدند و خلاصه‌سازی و تقلیل آن‌ها صورت گرفت و کدگذاری انجام یافت. کدها براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در زیرطبقات مختلف دسته‌بندی شدند و در نهایت طبقات اصلی استخراج شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Microsoft Word استفاده شد.

اعتباربخشی داده‌ها: اعتباربخشی داده‌ها و بررسی صحت علمی، طبق معیارهای Lincoln و Guba انجام یافت. به منظور افزایش قابلیت باورپذیری مطالعه، در مرحله کدبندی، نتایج کار به برخی از مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد تا از صحت مفهومی مصاحبه با ایشان، اطمینان حاصل شود. جهت فراهم کردن قابلیت اعتماد، از طریق رایحه روند پژوهش به طریقی که قابل پیگیری باشد، تضمین شد مراحل تحقیق، تصمیم‌های اخذ شده و فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، به طور دقیق مستند و ثبت شد. تشریح کامل مسیر پژوهش و اقدامات صورت گرفته توسط محققان به منظور تأییدپذیری صورت گرفت. به‌منظور افزایش انتقال‌پذیری سعی شد تا با انتخاب متنوع

مشارکت‌کنندگان، به این مطلب نیز پرداخته شود. همچنین تعدادی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورت که بیان نمودند، ارائه گردید. پیگیری مداوم و مشارکت کافی و تعامل مناسب با مشارکت‌کنندگان برای تأیید یافته‌ها از جمله فعالیت‌های محققان به منظور پی بردن به اعتبار داده‌ها بود (۱۳).

ملاحظات اخلاقی: از شرکت‌کنندگان قبل از شروع مطالعه و ضبط مصاحبه‌ها رضایت گرفته شد. شرکت‌کنندگان آزاد بودند که به اراده خود وارد مطالعه و خارج شوند و از محرمانه بودن اطلاعات اطمینان حاصل کردند. به شرکت‌کنندگان توسط محقق اجازه داده شد در مورد هر گونه سؤال یا اطلاعات تماس بگیرند. پروتکل مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان (کد اخلاق: IR.KMU.REC.1401.237) بررسی و مورد تأیید واقع گردید.

### یافته‌ها

از بین بیماران ۵۲٪ زن و بقیه مرد بودند. یک نفر عضو خانواده بیماران و سه نفر کارکنان بهداشتی-درمانی، نیز زن بودند. تحصیلات بیماران از بی‌سواد تا فوق لیسانس متفاوت بود. مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان مطالعه در جداول شماره ۱ و ۲ نشان داده شده است.

در این مطالعه عوامل مؤثر بر عدم تبعیت دارویی در ۳ طبقه «ماهیت بیماری و درمان»، «موانع فردی و خانوادگی»، «موانع سازمانی» استخراج شد، که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

## ۱. ماهیت بیماری و درمان

### ۱.۱. طبیعت مرموز و خاموش بیماری

ماهیت بی‌علامت بودن پرفشاری خون از مواردی بود که مکرر مشارکت‌کنندگان برای عدم تبعیت دارویی به آن اذعان داشتند. مشارکت‌کننده اول این‌طور گفت «چرا دروغ بگم!! قرص‌ها را هر وقت سردرد داشته باشم می‌خورم، همیشه نمی‌خورم چون با خودم می‌گم من که سالمم».

علاوه بر آن، فقدان علامت علی‌رغم بالا بودن فشارخون در بیماران مزید بر علت می‌شد تا فرد فقط در زمان بروز علائم از دارو استفاده نماید. مشارکت‌کننده شماره ۱۶ گفت: «گاهی فشارخونم روی ۱۵ هست ولی هیچ علائمی مثل سردرد و سرگیجه ندارم».

برای برخی بیماران، مشاهده عواقب بیماری در سایر مبتلایان سبب ایجاد انگیزه موقت در تبعیت دارویی شده بود اما پس از گذشت زمان، با فراموشی این عواقب، بیماری برایشان عادی شده بود. برخی دیگر با کنترل فشارخون پس از مصرف دارو با تصور بهبودی، مصرف داروها را قطع کرده بودند. مشارکت‌کننده شماره ۱۳ گفت: «وقتی پسرم بیمارستان بستری بود، افرادی با فشارخون بالا که به مغزشون آسیب زده بود را دیدم، ترسیدم و گفتم خونه که رسیدم قرص‌ها را می‌خورم و دو روزی قرص را خوردم و دیگه بی‌خیال شدم». مشارکت‌کننده شماره ۲۱ گفت: «یک هفته مرتب خوردم و بعدش فشارخونم ۱۲ بود و دیگه نخوردم الان که روی ۱۲ اومده دیگه چرا بخورم؟»

### ۱.۲. درمان درازمدت پرچالش

درمان درازمدت بیماری به دلیل مزمن بودن سبب ایجاد چالش‌هایی همچون خسته

شدن از مصرف دایمی داروها می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۵ این‌طور گفت: «چهار سال داروها را طبق دستور صبح و شب می‌خوردم بعدش فقط صبح‌ها باید می‌خوردم دیگه خسته شدم. دیدین که چند روز داروی شیمیایی بخورید چه حالی می‌شید؟ می‌گید که خوب شدم و ... از دارو خوردن خسته شدم».

در برخی بیماران به دلیل هم‌ابتلائی به چند بیماری بایستی تعداد داروهای مصرفی افزایش یابد و کثرت داروهای مصرفی منجر به عدم تبعیت دارویی شده بود. مشارکت‌کننده ۱۵ گفت «دارو برای بیماری قلبی و چربی و ... هم می‌خورم خسته شدم از این که تعدادشون زیاده و لشون کردم».

اغلب بیماران عوارض جانبی درمان دارویی را یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تبعیت دارویی مطرح نمودند. مشارکت‌کننده شماره ۲۲ گفت: «معتقدم داروهای شیمیایی برای یک درد خوب و برای هزار درد دیگه بد هستند! به‌خاطر داروهایی که برای گردن دردم خوردم، معده‌ام داغون شد و الان به‌خاطر معده‌ام نمی‌تونم هر چیزی بخورم، مگر مجبور باشم که دارو بخورم وگرنه نمی‌خورم».

## ۲. عوامل فردی و خانوادگی

### ۲.۱. ترس و تردید

یکی از مهم‌ترین موانع فردی در تبعیت دارویی، ترس‌های درونی بود که وجود داشت. اغلب مشارکت‌کنندگان ترس‌هایی همچون عادت کردن بدن به دارو و اجبار به دریافت داروهای با دوز بالاتر و احساس وابستگی با مصرف مداوم داروها را بیان کردند. مشارکت‌کننده شماره ۲۵ گفت: «داروها یه جوریه هستند که بهشون عادت میکنی، نمی‌خوام دایمی استفاده

کنم چون کم کم این قرص روت اثر نداره و باید دوزش را بیش ترش کنی و بعدش باید روزی ۲ تا بخوری».

شک به ماهیت داروها، دوست نداشتن طعم آن‌ها هنگام مصرف دارو و احساس ناخوشایند به داروها از دیگر مواردی بود که منجر به عدم تبعیت دارویی شده بود. مشارکت‌کننده شماره ۲ این‌چنین بیان نمود: «گاهی به این قرص‌ها باور ندارم و میگم این‌ها الکی هستن، چه جوری فشار را پایین میارن؟ خوردن یا نخوردنشون یکی هست و پس نخورم بهتره».

مشارکت‌کننده شماره ۴ گفت: «از قرص بدم میاد، این قرصی که باید بخورم هی باید بیارم و ببرمش به طرف دهنم تا قورتش بدم، یعنی حالم بد میشه، مثلاً شما یه چیزی دوست نداشته باشی و نمی‌خواهی بخوری من هم قرص دوست ندارم».

بی‌اعتمادی به پزشک معالج و تشخیص وی از دیگر ترس‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اذعان داشتند مشارکت‌کننده شماره ۱۲ گفت: «فکر می‌کردم شاید هنوز نیاز به مصرف دارو ندارم و اون روز اشتباه شده و اتفاقی فشارخونم ۱۷ بوده، چون با یک بار چک کردن، دارو برام تجویز کردن».

#### ۲.۲. تمایل به درمان غیردارویی

یکی دیگر از موانع تبعیت دارویی گرایش به درمان‌های غیردارویی است، درمان با داروهای گیاهی و استفاده از نمک‌های دریا از مواردی بود که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. همچنین طبیعی بودن این داروها و نداشتن عوارض جانبی انگیزه مصرف آنان را دوچندان می‌کرد. مشارکت‌کننده شماره ۸

بیان داشت: «داروهای فشارخون شیمیایی هستند و ضرر دارند، ولی داروهای گیاهی اگر برای هیچ‌جا خوب نباشند ضرری هم ندارند» و مشارکت‌کننده شماره ۲۳ گفت: «شنیدم که ختمی زود فشار را پایین میاره و واقعاً هم همین طوره یا نمک دریا که طبیعی هست فشارخون را بالا نمی‌بره، با این که نمک تصفیه شده از نظر بهداشتی بیش‌تر تأیید شده ولی باعث ایجاد فشارخون میشه و مصرفش هم ضمن داشتن فشارخون باعث بالا رفتن فشارخون میشه».

#### ۲.۳. دانش ناکافی

یکی از مهم‌ترین موانعی که اکثر مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند، آگاهی نداشتن درباره بیماری و عوامل مؤثر بر آن و عواقب بیماری بود، پزشک با ۶ سال سابقه کار گفت: «بیماران اکثر باور ندارند فشارخون بیماری مزمن و دایمی هست و همیشه باید دارو را بخورند و اکثراً به این باور هستند که فشارخونمون بالا رفت و یه قرصی خوردیم خوب شد، دیگه نیاز نیست تا آخر عمر استفاده کنیم».

تبعیت از دستورات پزشک در خصوص مصرف درست و به‌موقع داروها نقش مهمی در تبعیت دارویی در بیماری پرفشاری خون دارد. مشارکت‌کننده شماره ۸ گفت: «دکتر گفت هر صبح باید ۱ قرص مصرف کنی ولی من، تا ۱۰ روز هر صبح نصف قرص مرتب خوردم و بعدش یک روز در میان خوردم».

#### ۲.۴. موانع درونی

یکی دیگر از عوامل فردی که سبب تضعیف تبعیت دارویی در مبتلایان به پرفشاری خون می‌شود، درجه اهمیتی است که

افراد برای سلامتی خود قایل هستند، انگیزه افراد جهت درمان ممکن است متفاوت باشد. به نظر می‌رسد که این می‌تواند تبعیت دارویی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. مشارکت‌کننده شماره ۲ گفت: «اصلاً دست خودم نیست، باورتون نمیشه، چه جوری بگم باید یه ذره امیدوی به زندگی داشته باشم، ندارم».

اهمال‌کاری در انجام برنامه‌های مراقبتی و مشغله داشتن از مواردی بود که منجر به غفلت از سلامتی در افراد می‌شود. مراقب سلامت با ۸ سال سابقه کار گفت: «بیماران سهل‌انگاری می‌کنند و به بیماری اهمیت نمی‌دهند و فکر می‌کنند یه جورایی با رعایت کردن حل میشه و دارو نمی‌خورند».

دغدغه‌های روحی همچون استرس و درگیر بودن با مشکلات فرزندان و نگرانی ناشی از آینده آنان، موجب تضعیف تبعیت دارویی در این بیماران شده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۷ گفت: «فشار روحی- روانی مادر همه مرض‌ها هست و همین اعصاب خوردی‌ها فشارخون را بالا می‌بره، دخترم مطلقه شده و با خانومم براش غصه خوردیم تا بمیریم. اگر این جوری نبود یه کم ما بیش از این شادتر بودیم».

تصورات منفی از سوی افراد نسبت به بیماری خویش، در تبعیت دارویی تأثیرگذار است، تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد اکثر آن‌ها بیماری پرفشاری‌خون را ارثی می‌دانستند که عمدتاً در پیری اتفاق می‌افتد. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ گفت: «فشارخونم ارثیه چون ما طایفه مون فشارخونی هست، برامون عادیه».

#### ۲.۵. خلأ حمایتی خانواده

خانواده به عنوان یکی از نهادهای بنیادی جامعه با حمایت‌های همه‌جانبه اطلاعاتی،

فیزیکی و روانی بر تبعیت دارویی در بیماران تأثیرگذار است. مشارکت‌کننده شماره ۶ گفت: «این بیماری برای من و همسرم جدی گرفته نمیشه، قرص‌هایم را که می‌خورم همسرم می‌گه چرا همه این‌ها را باهم می‌خوری و برای چی می‌خوری؟».

مشارکت‌کننده شماره ۱۵ گفت: «شوهرم کشاورز هست و نمی‌تونه زیاد کمک کنه، فشارکاری بیشتر روی من هست، بچه اولم مریض و منگول است، طوری که گاهی از راه رفتن میفته، باید دست‌هاش را بگیریم و تا سرویس بهداشتی ببریم».

#### ۳. موانع سازمانی

##### ۳.۱. درمان پرهزینه

هزینه بالای درمان و ناتوانی در تهیه داروها موجب به تأخیر انداختن فرآیند درمان و اختلال در تبعیت دارویی می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۵ گفت: «الان که وضع اقتصادی خیلی خراب شده. همین قرص متیل دوپا را ۳ روز پول نداشتم که بگیرم».

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد در دسترس نبودن خدمات تخصصی و مشکلات پرداخت هزینه استفاده از این خدمات بر مراجعه به متخصص جهت پیگیری بیماری و درمان‌های تکمیلی تأثیر می‌گذارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۹ گفت: «حتی اگر در مرکز بهداشت ویزیت دکتر رایگان باشه، مرحله‌های بعدش مثل متخصص و آزمایش و ... هزینه داره و نمی‌تونیم انجام بدیم».

##### ۳.۲. شبکه درمانی ناقص

ارتباط بیمار و ارایه‌دهنده مراقبت بهداشتی از عوامل مرتبط با تبعیت دارویی است، زمانی که مراقبت‌ها به صورت بیمار

مواردی همچون بی‌اهمیت دانستن بیماری و بهبود موقتی علایم، از طرف دیگر در دسترس نبودن خدمات تخصصی و مشکلاتی که برای معاینه با آن مواجه هستند، سبب شده تا بیماران تمایل به مراجعه به متخصص نداشته باشند. مشارکت‌کننده شماره ۳ گفت: «الان ۴-۳ ماهی هست که دکتر نرفتم، آخرین بار سردرد شدید داشتم، الان سردرد کم‌تر شدن و نیازی نبود دکتر برم».

پرستار با ۱۴ سال سابقه کار گفت: «بیمارها می‌گن پزشک‌های عمومی که این جا میاد سن‌شون کمه و تجربه ندارند و بیماران مراجعه نمی‌کنند، برخی افراد کسی را ندارند، یا هزینه ندارن یا نمی‌تونن نوبت بگیرن باعث میشه به متخصص هم مراجعه نداشته باشند».

محور و با همدلی ارایه نشود، باعث می‌شود تا بیماران اطلاعات لازم و انگیزه کافی برای رعایت رژیم دارویی کسب نکنند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ گفت: «وقتی به اورژانس رسیدم، فشارخونم ۱۷ بود؛ دکتر در رابطه با فشارخون توضیحی نداد و فقط قرص تجویز کرد و نگفت که باید همیشه بخوری».

پیگیری بیماران از سمت مراکز بهداشتی بر تبعیت دارویی تأثیرگذار است. زمانی که این پیگیری‌ها نامنظم باشد بر تبعیت دارویی تأثیر منفی می‌گذارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۹ گفت: «از مرکز بهداشت هر ۲-۳ ماهی یک‌بار زنگ می‌زدند و یادآوری می‌کردند و ما هم برای چک فشارخون می‌رفتیم. هر وقت زنگ بزنند ما برای مراقب می‌رویم؟».

جدول ۱- مشخصات فردی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

کد مشارکت‌کننده	جنس	سن	تحصیلات	شغل
۱	زن	۶۶	بی‌سواد	خانه‌دار
۲	زن	۴۷	سیکل	خانه‌دار
۳	زن	۳۹	دیپلم	خانه‌دار
۴	زن	۶۶	بی‌سواد	خانه‌دار
۵	زن	۳۶	لیسانس	کارمند
۶	مرد	۳۵	دیپلم	آزاد، راننده آژانس
۷	مرد	۶۷	دیپلم	کشاورز
۸	زن	۵۸	فوق دیپلم	خانه‌دار
۹	مرد	۳۶	دیپلم	کمک پرستار
۱۰	مرد	۴۰	دیپلم	کارمند
۱۱	مرد	۴۹	سیکل	کشاورز
۱۲	زن	۴۴	فوق لیسانس	کارمند
۱۳	مرد	۴۷	سیکل	آزاد
۱۴	زن	۵۱	سیکل	خانه‌دار
۱۵	مرد	۷۲	سیکل	بازنشسته
۱۶	زن	۶۲	دیپلم	خانه‌دار
۱۷	مرد	۷۰	دیپلم	بازنشسته
۱۸	زن	۶۴	سیکل	خانه‌دار
۱۹	زن	۳۳	سیکل	خانه‌دار
۲۰	مرد	۸۵	ابتدایی	بیکار
۲۱	مرد	۶۲	فوق دیپلم	بازنشسته
۲۲	زن	۵۰	فوق دیپلم	کارمند
۲۳	مرد	۶۲	لیسانس	بازنشسته
۲۴	زن	۵۴	ابتدایی	خانه‌دار
۲۵	مرد	۶۴	بی‌سواد	کشاورز



جدول ۲- مشخصات فردی سایر شرکت‌کنندگان در مطالعه

کد مشارکت‌کننده	جنس	سن	تحصیلات	شغل
۲۶	زن	۳۴	فوق لیسانس	کارمند
۲۷	زن	۴۱	لیسانس	مراقب سلامت
۲۸	زن	۳۳	دکترای عمومی	پزشک
۲۹	زن	۳۲	لیسانس	پرستار

جدول ۳- طبقات، طبقات اولیه و زیرطبقات به دست آمده از نتایج تحلیل محتوا

زیر طبقه	طبقه اولیه	طبقه	
علایم پنهان بیماری	طبیعت مرموز و خاموش بیماری	ماهیت بیماری و درمان	
عادی شدن شرایط			
خسته شدن از مصرف دائمی دارو	درمان درازمدت پرچالش	ماهیت بیماری و درمان	
عوارض دارویی			
ترس از وابستگی به دارو	ترس و تردید	عوامل فردی و خانوادگی	
عدم اطمینان به داروها			
تردید به پزشک معالج			
تمایل به درمان گیاهی	تمایل به درمان غیردارویی		
انجام درمان سنتی			
شناخت ناقص بیماری	دانش ناکافی		عوامل فردی و خانوادگی
مصرف نادرست و خودسرانه دارو			
بی‌انگیزگی در سلامت	موانع درونی	عوامل فردی و خانوادگی	
غفلت از سلامت			
فشارهای روحی تشدیدکننده			
نگرش‌های فردی			
کمبود آگاهی خانواده	خلا حمایتی خانواده		عوامل فردی و خانوادگی
عدم حمایت عاطفی خانواده			
داروی گران قیمت	درمان پر هزینه	موانع سازمانی	
دسترسی به خدمات تخصصی			
بی‌توجهی تیم درمان و مراقبت	شبکه درمانی ناقص		
عدم پیگیری بیماری			

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان دادند که عدم تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار گیرد. بر این اساس ماهیت بیماری (بی‌علامت بودن بیماری، ماهیت مزمن بیماری و خسته شدن بیماران در استفاده از داروها و عوارض

داروها)، ویژگی‌های بیماران (ترس از وابستگی به دارو و عدم اطمینان به آن‌ها، تمایل به درمان‌های سنتی و گیاهی، عدم حمایت خانواده و اطلاعات ناقص در خصوص بیماری و مصرف صحیح داروها) و موانع سازمانی (مشکلات مالی و هزینه‌های بالای درمان، حمایت ناقص تیم درمان و مراقبت، پیگیری

نامناسب بیماری) باعث می‌شوند که این بیماران تبعیت مناسبی برای استفاده از داروهای کنترل‌کننده پرفشاری خون نداشته باشند.

یکی از موانع اصلی تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، ویژگی‌های خود بیماری بود. تجربیات مشارکت‌کنندگان نشان داد طبیعت مرموز و خاموش بیماری می‌تواند انگیزه بیمار برای تبعیت دارویی را مختل کند، زیرا هیچ علایم ملموسی برای بیمار وجود ندارد. در راستای این نتایج، مطالعات متعددی صورت گرفته است، که رابطه مثبت و مستقیم علایم نداشتن و عدم تبعیت دارویی را تأیید می‌کند. مطالعه Gummidi و همکاران نشان داد درک علایم فشارخون بالا بر رفتار دارویی بیماران تأثیر دارد (۱۴). مطالعه Najjuma و همکاران در اوگاندا نیز با یافته‌های ما همسو است. بدین صورت که هنگامی که بیماران احساس بهتری داشتند، مصرف داروهای ضد فشارخون را متوقف می‌کردند (۱۵). براساس یافته‌های مطالعه ما، مصرف درازمدت دارو در پی مزمن بودن بیماری احساس خستگی در بیماران ایجاد می‌کند و باعث می‌شود بیماران تمایلی به تبعیت دارویی نداشته باشند. در مطالعه Seguin و همکاران، برداشت منفی از داروهای تجویز شده مانند احساس خسته شدن با مصرف روزانه داروها مانع تبعیت دارویی شده بود و همسو با نتایج ما بود (۱۶). براساس نتایج مطالعه حاضر، ترس از عوارض دارویی و عوارض جانبی تجربه شده توسط بیماران از دیگر موانعی است که بر تبعیت دارویی تأثیر

می‌گذارد. در تأیید این نتایج، مطالعه Yoon و همکاران در سنگاپور نشان داد برجسته‌ترین مورد درباره تبعیت دارویی، وجود عوارض جانبی است و کسانی که تجربه عوارض جانبی از داروها داشتند، تمایل به توقف مصرف داروها را ذکر کردند (۱۷). در این راستا توصیه می‌شود که ماهیت بیماری و عوارض ناشی از عدم تبعیت دارویی در هنگام تشخیص به بیماران آموزش داده شود تا بیماران آگاهی بیش‌تری نسبت به ماهیت بیماری داشته باشند. عوامل فردی مرتبط با بیماران از دیگر دلایل عدم تبعیت دارویی بود. در این دسته عوامل می‌توان به ترس بیماران از وابستگی به دارو اشاره نمود. مطالعه مشابهی در نپال هم نشان داد که ترس استفاده طولانی مدت از داروها باعث عدم تبعیت دارویی می‌شود (۱۸). همچنین عدم اطمینان به پزشک معالج و به داروهای کنترل پرفشاری خون از عوامل دیگر عدم تبعیت دارویی بود که نگرش منفی در مطالعه مشابهی تأیید شد (۱۶). همچنین باور به گیاهان دارویی از دیگر عوامل عدم تبعیت دارویی می‌شود که مطالعه مشابهی در تانزانیا این یافته را تأیید نمود (۱۹). عدم حمایت از سوی خانواده به‌ویژه همسر فرد بیمار باعث می‌شود که فرد تمایل زیادی به مصرف داروهای کنترل پرفشاری خون نداشته باشد. این یافته در یک مطالعه در اتیوپی هم تأیید شد (۲۰). اهمیت ندادن به سلامت از دیگر عوامل فردی بود که مانع تبعیت دارویی بیماری می‌شد. مطالعه مشابهی در هند این یافته را تأیید نموده است (۲۱). تشدید علایم بیماری ناشی از استرس و نگرانی‌های روزمره بر

تبعیت دارویی در این بیماری تأثیرگذار بود که مطالعه مشابهی در هند این یافته را تأیید کرد (۱۴). نگرش‌ها و اعتقادات فرد نسبت به بیماری از دیگر موانع مهم فردی تأثیرگذار بر پذیرش بیماری و تبعیت دارویی بود. یافته‌های مطالعه‌ای مشابه در استرالیا در مورد پناهندگان و مهاجران خاورمیانه نیز نشان داد اعتقادات منفی در مورد فشارخون منجر به انکار ابتلا به پرفشار خون می‌شود (۲۲). کمبود دانش بیماران در مورد بیماری و عواقب آن به عنوان یکی از موانع مهم و اساسی در تبعیت دارویی بود. مطالعه مشابه در پرتغال این یافته را تأیید کرد (۲۳). باورهای اشتباه فرد نسبت به بیماری و درمان‌های موجود باعث شده است که فرد تمایل زیادی برای تبعیت دارویی نداشته باشد. بر این اساس، برای تبعیت بهتر از رژیم دارویی لازم است که این باورها و نگرش‌های منفی را از ذهن بیماران دور نمود.

از دیگر عوامل مؤثر بر تبعیت ضعیف دارویی، مشکلات سازمانی است. تجربیات مشارکت‌کنندگان نشان داد هزینه‌های بالای مرتبط با درمان، بر تبعیت دارویی مؤثر است. مطالعه مشابهی در هند این یافته را تأیید کرد (۲۱). نتایج مطالعه دیگری در اتیوپی نیز نشان داد وضعیت اقتصادی از عوامل مؤثر بر تبعیت دارویی است (۲۴). مطالعه مشابهی در کشورهای جنوب صحرای آفریقا نشان داد، نابرابری مالی مانعی برای دسترسی به درمان است (۲۵). کاهش هزینه‌های درمانی و سهم پرداخت از جیب خصوصاً در بیماران با وضع اقتصادی-اجتماعی پایین می‌تواند بر تبعیت بهتر دارویی بیماران کمک کند.

بی‌توجهی تیم درمان و مراقبت، عدم ارتباط صحیح بین پزشکان و بیماران نیز از موانع مؤثر بر تبعیت دارویی به شمار می‌رود. ضعف سیستم درمانی و مراقبتی در رایج اطلاعات مناسب و کافی به بیماران از مواردی است که بر تبعیت دارویی تأثیر می‌گذارد. نتایج مطالعه‌ای در هند همسو با نتایج ما بود (۲۱). عدم پیگیری صحیح بیماری از موانعی ذکر شد که بر تبعیت دارویی تأثیر می‌گذارد. مطالعه مشابهی در نپال در تأیید این نتایج، نشان داد عدم دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی مراقبت در سطح عالی یک مانع عمده برای تبعیت دارویی است (۱۸). بدین ترتیب لازم است پزشکان با تجویز رژیم‌های دارویی ساده، تشریح عوارض جانبی داروها با زبان ساده و متناسب با سواد بهداشتی بیماران در جهت بهبود تبعیت دارویی توجه کافی داشته باشند. همچنین بهبود کیفیت رایج خدمات در بخش دولتی بر تبعیت دارویی تأثیرگذار است.

محدودیت این مطالعه مشکلات هماهنگی برای انجام مصاحبه‌ها بود. برای رفع این مسأله سعی شد بعد از معرفی خود، با دریافت وقت از سوی مشارکت‌کننده در زمانی که او مناسب دانسته و احساس راحتی و تمرکز بیشتری دارد، مصاحبه انجام گیرد. محدودیت دیگر مانند سایر پژوهش‌های کیفی این است که ممکن است مشارکت‌کنندگان تمام تجارب خود را درباره موضوعات بیان نکنند و ملاحظات را در نظر بگیرند که این مورد از کنترل پژوهشگران خارج بود، هرچند که تیم پژوهش تلاش نمود با برقراری ارتباط مؤثر آن را کنترل کند.

در مجموع یافته‌های این مطالعه بیانگر اهمیت تأثیر عوامل مختلف بر تبعیت دارویی

دارویی در بیماری پرفشاری خون می‌تواند ایفا کند.

ارتباط آرایه‌دهنده مراقبت و بیمار از دیگر عوامل مهم بر تبعیت دارویی است و تقویت این ارتباط می‌تواند تأثیر مثبتی بر تبعیت دارویی بگذارد؛ لذا برقراری ارتباط خوب و جلب اعتماد بیمار و درگیر کردن وی در برنامه‌های درمانی، پاسخ‌گویی به سؤالات وی می‌تواند در جهت بهبود تبعیت دارویی مؤثر باشد. این یافته‌ها با تعیین موانع از دیدگاه افرادی که خود درگیر عدم تبعیت دارویی و کنترل پرفشاری خون هستند، باعث می‌شود تا برنامه‌هایی که برای پیشگیری از رخداد عوارض و کاهش هزینه‌های ناشی از آن صورت می‌گیرد، مثمرتر واقع شود.

### تشریح و قدردانی

از مشارکت‌کنندگانی که دانش و تجربه خود را در زمینه پرفشاری خون در اختیار ما قرار داده‌اند سپاس‌گزاریم. همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان قدردانی می‌شود. این مقاله بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی کرمان (شماره: ۱۴۰۱،۲۳۷) انجام یافته است.

پرفشاری خون بود. به نظر می‌رسد کلیدی‌ترین عامل مؤثر بر تبعیت دارویی در این بیماری آگاه‌سازی بیماران در خصوص ماهیت بدون علامت، اهمیت رعایت رژیم دارویی و پیامدهای جبران‌ناپذیر بیماری است، زیرا بالا بردن سواد سلامت و دانش نقش مثبتی در بهبود تبعیت دارویی دارد. استفاده از درمان‌های گیاهی و سنتی نیز از عوامل مهم بر تبعیت دارویی است. نگرش عمومی در این خصوص بر این پایه استوار است که این ترکیبات دارای خواص بیش‌تری در مقایسه با مضراتشان هستند و می‌توان آن‌ها را به صورت مداوم مصرف کرد. همچنین نقش دوستان، اطرافیان و حتی سایر بیماران در مورد مصرف داروهای گیاهی به عنوان درمان مکمل یا اصلی در این بیماری بسیار مؤثر شناخته شد. در واقع عوامل یاد شده مثل حلقه‌های به هم پیوسته یک زنجیر، زیرساخت‌های لازم برای ایجاد انگیزه در بیماران در جهت استفاده از داروهای گیاهی را فراهم می‌کنند. به نظر می‌رسد ارتباط مشاوره‌ای مناسب بین کارکنان بهداشتی-درمانی و بیماران با آرایه اطلاعات صحیح سهم مؤثری در تغییر نگرش و ادراک صحیح در خصوص استفاده از این داروها و بهبود تبعیت

### References

- 1 - Rezaianzadeh A, Jafari F, Sadeghi SE, Rahimikazerooni S. The prevalence and predictors of pre-hypertension and hypertension in Kherameh cohort study: a population based study on 10,663 persons in south of Iran. *Journal of Human Hypertension*. 2021 Mar; 35(3): 257-264. doi: 10.1038/s41371-020-0330-8.
- 2 - Zareban I, Araban M, Rohani MR, Karimy M, Zamani-Alavijeh F, Babanejad M, et al. High blood pressure self-care among hypertensive patients in Iran: a theory-driven study. *J Hum Hypertens*. 2022 May; 36(5): 445-452. doi: 10.1038/s41371-020-00429-9.

- 3 - Omidi N, Arabloo J, Rezapour A, Alaeddini F, Bragazzi NL, Pourasghari H, et al. Burden of hypertensive heart disease in Iran during 1990-2017: findings from the global burden of disease study 2017. *PLoS One*. 2021 Sep 22; 16(9): e0257617. doi: 10.1371/journal.pone.0257617.
- 4 - Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021 Sep 11; 398(10304): 957-980. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1.
- 5 - Khatar S, Mirhadyan L, Mosaffa Khomami H, Kazemnejad Leili E. [Acceptance of illness and social, individual factors as the predictors of quality of life in hypertensive patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2023; 29(1): 47-60. (Persian)
- 6 - World Health Organization (WHO). Hypertension, Key facts. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Accessed March 16, 2023.
- 7 - Schutte AE, Srinivasapura Venkateshmurthy N, Mohan S, Prabhakaran D. Hypertension in low- and middle-income countries. *Circ Res*. 2021 Apr 2; 128(7): 808-826. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.120.318729.
- 8 - Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2021 Nov; 18(11): 785-802. doi: 10.1038/s41569-021-00559-8.
- 9 - Moezi Bady SA, Kazemi T, Mashreghi-Moghadam H, Azdaki N, Partovi N, Hanafi Bojd N, et al. [A comprehensive overview of the diagnosis and treatment of hypertension based on the latest hypertension guidelines]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2021; 28(3): 194-221. doi: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2021.28.3.100. (Persian)
- 10 - Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circ Res*. 2019 Mar 29; 124(7): 1124-1140. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.
- 11 - Roustaei N, Hosayni H, Jokar S, Zinat Motlagh F. Factors related to medication adherence in hypertensive patients in the Iranian population. *Journal of Clinical Care and Skills*. 2022; 3(1): 13-18. doi: 10.52547/jccs.3.1.13.
- 12 - Kleinheksel AJ, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR. Demystifying content analysis. *Am J Pharm Educ*. 2020 Jan; 84(1): 7113. doi: 10.5688/ajpe7113.
- 13 - Nassaji H. Good qualitative research. *Language Teaching Research*. 2020 Jul; 24(4): 427-431. doi: 10.1177/1362168820941288.
- 14 - Gummidi B, John R, Burugina Nagaraja S, Tripathy JP. Qualitative enquiry on irregular intake of antihypertensive medications to inform a model of care to improve blood pressure control. *Contemp Nurse*. 2020 Oct-Dec; 56(5-6): 455-465. doi: 10.1080/10376178.2020.1844577.

- 15 - Najjuma JN, Brennaman L, Nabirye RC, Ssedyabane F, Maling S, Bajunirwe F, et al. Adherence to antihypertensive medication: an interview analysis of southwest Ugandan patients' perspectives. *Ann Glob Health*. 2020 Jun 10; 86(1): 58. doi: 10.5334/aogh.2904.
- 16 - Seguin M, Mendoza J, Lasco G, Palileo-Villanueva LM, Palafox B, Renedo A, et al. Strong structuration analysis of patterns of adherence to hypertension medication. *SSM Qual Res Health*. 2022 Dec; 2: None. doi: 10.1016/j.ssmqr.2022.100104.
- 17 - Yoon S, Kwan YH, Yap WL, Lim ZY, Phang JK, Loo YX, et al. Factors influencing medication adherence in multi-ethnic Asian patients with chronic diseases in Singapore: a qualitative study. *Front Pharmacol*. 2023 Mar 9; 14: 1124297. doi: 10.3389/fphar.2023.1124297.
- 18 - Bhandari B, Narasimhan P, Vaidya A, Subedi M, Jayasuriya R. Barriers and facilitators for treatment and control of high blood pressure among hypertensive patients in Kathmandu, Nepal: a qualitative study informed by COM-B model of behavior change. *BMC Public Health*. 2021 Aug 9; 21(1): 1524. doi: 10.1186/s12889-021-11548-4.
- 19 - Kisigo GA, Mcharo OC, Robert JL, Peck RN, Sundararajan R, Okello ES. Understanding barriers and facilitators to clinic attendance and medication adherence among adults with hypertensive urgency in Tanzania. *PLOS Glob Public Health*. 2022 Aug 23; 2(8): e0000919. doi: 10.1371/journal.pgph.0000919.
- 20 - G/Tsadik D, Berhane Y, Worku A. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in central Ethiopia. *Int J Hypertens*. 2020 Oct 19; 2020: 9540810. doi: 10.1155/2020/9540810.
- 21 - Basu S, Engtipi K, Kumar R. Determinants of adherence to antihypertensive treatment among patients attending a primary care clinic with limited medical armamentarium in Delhi, India: a qualitative study. *Chronic Illn*. 2022 Jun; 18(2): 295-305. doi: 10.1177/1742395320959418.
- 22 - Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. A qualitative exploration of the impact of knowledge and perceptions about hypertension in medication adherence in Middle Eastern refugees and migrants. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2021 Jul 21; 3: 100038. doi: 10.1016/j.rcsop.2021.100038.
- 23 - Cabral AC, Lavrador M, Fernandez-Llimos F, Castel-Branco M, Figueiredo IV. Evaluation of a sample of Portuguese hypertensive patients' knowledge about hypertension and its influence on their beliefs and adherence to therapy. *Rev Port Cardiol*. 2022 May; 41(5): 361-367. doi: 10.1016/j.repc.2021.02.020.
- 24 - Aliafsari Mamaghani E, Hasanpoor E, Maghsoodi E, Soleimani F. Barriers to medication adherence among hypertensive patients in deprived rural areas. *Ethiop J Health Sci*. 2020 Jan; 30(1): 85-94. doi: 10.4314/ejhs.v30i1.11.
- 25 - Macquart de Terline D, Kane A, Kramoh KE, Ali Toure I, Mipinda JB, Diop IB, et al. Factors associated with poor adherence to medication among hypertensive patients in twelve low and middle income Sub-Saharan countries. *PLoS One*. 2019 Jul 10; 14(7): e0219266. doi: 10.1371/journal.pone.0219266.

# Factors affecting medication non-adherence from the perspectives of patients with hypertension and healthcare providers in Mahan health centers, Kerman: A qualitative study

Zahra Ghaderi Nasab<sup>1</sup>, Parvin Mangolian Shahrabaki<sup>2</sup>, Hamid Sharifi<sup>3\*</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Mar. 2024  
Accepted: May 2024  
Published: 29 Jun. 2024

## Abstract

**Background & Aim:** Medication non-adherence remains a significant problem in managing the global epidemic of hypertension. This study aimed to explore the factors affecting medication non-adherence from the perspectives of both patients with hypertension and healthcare providers in Mahan health centers, located in Kerman province.

**Methods & Materials:** This qualitative study utilized a conventional content analysis method within healthcare centers in Mahan city in 2022. A total of 29 participants were included in the study, selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth semi-structured interviews, with all interviews being recorded, transcribed verbatim, and utilized as the primary data for analysis. The trustworthiness of data was evaluated in accordance with the criteria established by Guba and Lincoln criteria.

**Results:** Three categories of factors contributing to medication non-adherence among patients with hypertension were identified: "nature of the disease and treatment," "individual and family factors," and "organizational factors." Factors related to the "nature of the disease and treatment" included the asymptomatic and chronic nature of hypertension as well as fatigue stemming from continuous drug use. "Individual and family factors" encompassed fear and internal doubts, a desire for non-pharmacological treatments, and inadequate family support. "Organizational factors" comprised high treatment costs and access to specialized services, insufficient support from treatment and care teams, and inadequate disease monitoring.

**Conclusion:** Various factors across a spectrum of influences contribute to medication non-adherence in patients with hypertension. It is crucial for healthcare providers to engage in consistent patient education regarding the nature of the condition and the importance of medication adherence to enhance compliance among patients.

Corresponding author:  
Hamid Sharifi  
e-mail:  
sharifhami@gmail.com

**Key words:** hypertension, barriers, treatment, medication adherence

## Please cite this article as:

Ghaderi Nasab Z, Mangolian Shahrabaki P, Sharifi H. [Factors affecting medication non-adherence from the perspectives of patients with hypertension and healthcare providers in Mahan health centers, Kerman: A qualitative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2024; 30(2): 110-124. (Persian)

1 - Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 - Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 - HIV/STI Surveillance Research Center, WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

