

بررسی موانع و منافع درک شده فردی در اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی: کاربرد مدل رفتار پیشگیری کننده

دکتر آذر طل^۱، سیما اسماعیلی شه‌میرزادی^۲، دکتر داود شجاعی زاده^۳

دکتر محمدرضا اشراقیان^۴، دکتر بهرام محبی^۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماریهای قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و ناتوانی در اغلب کشورهای جهان می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی منافع و موانع فردی درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی افراد در معرض خطر مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که ۳۲۵ نفر از افراد در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی به صورت تصادفی انتخاب شدند و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خودساخته جمع آوری گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر $53/56 \pm 11/27$ بود که ۱۵۵ نفر (۴۷/۷ درصد) زن، ۱۷۰ نفر (۵۲/۳ درصد) مرد بودند و بین میانگین نمره منافع درک شده با شغل، فعالیت فیزیکی، نوع و مدت زمان انجام فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات و آگاهی از عوامل خطر ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/001$). میانگین نمره موانع درک شده با شغل، سابقه خانوادگی، استعمال دخانیات و آگاهی از عوامل خطر ارتباط آماری معنی دار داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق نشان داد که متغیرهای دموگرافیکی و مرتبط با سلامت و بیماری بر درک موانع و منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماریهای قلبی و عروقی تاثیر گذار می‌باشد. بنابراین با رویکردهای مداخله‌ای و آموزشی متناسب با ویژگی‌های گروه هدف می‌توان در راستای ارتقاء سلامت گام‌های اساسی برداشت.

واژه‌های کلیدی: بیماری قلبی و عروقی، منافع و موانع درک شده، مدل رفتار پیشگیری کننده

* نویسنده مسئول :

دکتر داود شجاعی زاده ؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم

پزشکی تهران

Email :
Shojaee@sina.tums.ac.ir

- دریافت مقاله : بهمن ۱۳۹۰ - پذیرش مقاله : شهریور ۱۳۹۱

مقدمه

بیماریهای قلبی و عروقی به عنوان سه علت نخست مرگ و ناتوانی انسان در سراسر جهان محسوب می‌گردد که یک سوم کل موارد مرگ و میر در جهان را به خود اختصاص داده است (۱). همگام با افزایش امید به زندگی، بیماریهای مزمن شیوع بیشتری پیدا کردند، به طوری که در انتهای قرن بیستم میزان مرگ ناشی از بیماریهای قلبی به بیش از ۲۵٪ رسید و پیش

^۱ دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت،

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

^۴ استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران،

ایران

^۵ فوق تخصص قلب و عروق، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

تهران، ایران

بینی می‌گردد تا سال ۲۰۲۵ میلادی مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی به بیش از ۳۵ تا ۶۰٪ کل علل مرگها برسد و از سوی دیگر با تغییر در الگوی زندگی بشری، بیماریهای غیر واگیر، در راس علل مرگ و میر قرار گرفته‌اند (۲). اگر چه خطرات ناشی از بیماریهای سرایت پذیر بدلیل ماهیت واگیری آنها فوری تر و آنی تر است، اما عوارض ناشی از بیماریهای مزمن مثل بیماریهای قلبی عروقی ماندگارتر، پرهزینه‌تر و ناتوان کننده‌تر هستند. هرچند بعضی از عوامل ایجاد و پیدایش بیماریهای قلبی عروقی مثل سن غیر قابل تغییر می‌باشند، اما روشهایی برای پیشگیری از بیماریهای قلبی وجود دارد که با بکار بستن این روشها و شیوه‌ها می‌توان از ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی پیشگیری نمود و یا حداقل بروز آنها را به تاخیر انداخت (۱). مطالعات گسترده کلینکی و بالینی چندین عامل افزایش دهنده بیمارهای قلبی و حمله قلبی را شناسایی کرده‌اند که اکثر عوامل خطر شناسایی شده قابل پیشگیری، اصلاح و درمان هستند (۳). عوامل خطرآفرین یا زمینه ساز بیماریهای قلبی، رفتارها یا وضعیت‌هایی هستند که احتمال ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند. سبک زندگی بدون تحرک، استعمال دخانیات و رژیم غذایی پرچرب به عنوان عوامل رفتاری و فاکتورهای اصلی خطر توسعه بیماریهای قلبی و عروقی شناخته شده‌اند (۳).

روند افزایش شیوع بیماری قلبی و عروقی به گونه‌ای است که در حال حاضر بیش از نیمی از بودجه بهداشتی درمانی دولت، صرف هزینه‌های ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی می‌شود که با توجه به این میزان هزینه بالا، بعلاوه ناتوانیهای ناشی از بیماری و بار بیماری لزوم توجه و سیاستگذاری‌های مناسب جهت کاهش این بیماری ضروری است (۴). موانع، قدرتمندترین عامل پیشگویی کننده رفتار هستند. موانع قابل پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

برای قصد به انجام یک رفتار نشان داده شده است (۵). شناخت موانع، آگاهی بالقوه‌ای برای تغییر رفتارهای سبک زندگی و کمک به آمادگی برای شروع و ادامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌باشند (۶). شناخت موانع و منافی که افراد در ارتباط با رفتارهای ارتقاء سلامت درک می‌کنند می‌تواند به صورت بالقوه عوامل مرتبط با درمان های بیماری را مجزا نماید که این عمل برای ارتقاء مراقبت و تبعیت از راهنماهای بالینی پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی قابل هدف گذاری می‌باشد (۷). مدل رفتار پیشگیری کننده (Preventive Behavior Model: PBM) به منظور مطالعه موانع و فواید درک شده مرتبط با کاهش خطر بیماریهای قلبی و عروقی در این مطالعه به کار گرفته شد. این مدل بر اساس تئوری‌های روانی اجتماعی تصمیم گیری فردی، از مفاهیم مدل اعتقاد بهداشتی (Health Believe Model: HBM) و تئوری یادگیری اجتماعی (Social Learning Theory: SLT) تشکیل شده است. به طور اختصاصی، کاربرد این مدل بررسی موانع و فواید درک شده فردی اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قلبی می‌باشد، زیرا این مدل دلایل اشتیاق و یا عدم اشتیاق افراد در بکارگیری سبکهای زندگی ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می‌نماید (۶).

فواید درک شده به باورهای فرد منطبق با سودمندی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از تهدید سلامتی و یا بیماری اطلاق می‌گردد. بنابر تعریف این سازه، فرد رفتاری را انتخاب می‌کند که بیشترین سود را در برداشته باشد و در جامعه قابل دسترسی باشد و موانع درک شده ادراکات فرد از ابعاد بالقوه منفی انجام یک رفتار مانند هزینه، خطر، خشنودی، در دسترس نبودن و زمان می‌باشد که به صورت یک مانع برای انجام رفتار عمل می‌کند (۸ و ۹). همچنین تئوری

یادگیری اجتماعی مطرح می‌نماید که رفتار، شناخت و سایر فاکتورهای فردی و محیطی بر تمام رفتارها به صورت تعاملی به عنوان تعیین کننده یکدیگر تاثیرگذار می‌باشند(۹).

با توجه به اینکه بررسی موانع و فواید در ارتقاء سلامت افراد در معرض خطر بیماریهای قلبی و عروقی و اصلاح شیوه‌های زندگی و تغییر رفتارهای پرخطر، شیوع این بیماری را به میزان ۸۰٪ کاهش می‌دهد، در برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت با تغییر سبک زندگی در جهت سبک زندگی سالم از جمله کنترل ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی و عروقی و در نهایت افزایش سطح کیفی زندگی افراد در معرض خطر، بار بیماری به میزان قابل توجهی کاهش خواهد یافت که این امر از نظر اقتصادی نیز مقرون به صرفه می‌باشد(۱۰). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی منافع و موانع فردی درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی افراد در معرض خطر مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - تحلیلی در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گردید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل بیماران در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی غیر اورژانس مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه علوم پزشکی تهران (بیمارستان‌های شریعتی، بهارلو، امام خمینی (ره)، امیراعلم) می‌باشد. به منظور تعیین حجم نمونه، میانگین امتیاز موانع و فواید درک شده فردی در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به منظور پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی چنان برآورد گردید که با اطمینان ۹۵٪ با مقدار

واقعی حداکثر دقت برابر ۰/۵ امتیاز اختلاف داشته باشند. لازم به ذکر است به منظور تعیین انحراف معیار، مطالعه پایلوت با ۲۰ نمونه انجام شد که بر اساس نتایج حاصل میانگین و انحراف معیار منافع درک شده (۲۳/۹±۳/۷) و موانع درک شده (۴/۵±۱۴/۶) محاسبه گردید.

لذا حجم نمونه با استفاده از فرمول $N=T^2S^2/D^2$ برای منافع درک شده ۲۲۰ نفر و موانع درک شده ۳۲۴ نفر محاسبه گردید که با توجه به دو عدد به دست آمده، تعداد نمونه بیشتر که مربوط به امتیاز موانع درک شده بود انتخاب گردید. در مجموع ۳۲۴ نفر در این مطالعه شرکت داده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالاتر از ۳۰ سال، دارا بودن حداقل یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه می‌باشد. بیمارانی که شرایط فوق را دارا نبودند، از مطالعه خارج شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه خودساخته ۳۸ سوالی بود. بخش اول شامل ۱۴ سوال در مورد خصوصیات فردی و مرتبط با بیماری می باشد که اطلاعاتی مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، استعمال سیگار، انجام فعالیتهای بدنی، وجود آگاهی در رابطه با بیماری، سابقه بیماری را مشخص می نمود و بخش دوم پرسشنامه مشتمل بر ۱۲ سوال در خصوص منافع درک شده و ۱۲ سوال موانع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سطح سلامتی در پیشگیری از بیماری قلبی عروقی بود. سوالات موانع و منافع درک شده به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای (بسیار مخالفم، مخالفم، موافقم، بسیار موافقم) طراحی شده بودند. به این ترتیب که به مطلوب ترین حالت نمره ۴ و بدترین حالت نمره ۱ تعلق گرفت. با توجه به این نمره دهی، نمره کل هر

پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ محاسبه گردید، که هر چه موانع و منافع درک شده بیشتر بود نمره بیشتری به آن تعلق گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات و ورود داده‌ها به کامپیوتر، تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و بکارگیری آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی از قبیل آزمونهای مقایسه میانگین پارامتریک مانند تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن صورت گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت کننده توضیح داده شد و به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و پرسشنامه بدون نام تکمیل گردید.

به منظور تعیین روایی ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه با مطالعه منابع فارسی و لاتین و زیر نظر متخصصین مرتبط با موضوع تهیه و نهایی گردید. همچنین، جهت تعیین پایایی ابزار مورد استفاده، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط مطالعه قرار گرفت و در نهایت آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ محاسبه شد که قابل قبول می‌باشد، لازم به ذکر است این افراد از مطالعه نهایی خارج شدند.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی ۳۲۵ نفر از افراد در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی غیر اورژانس مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران با میانگین سنی $53/56 \pm 11/27$ بود که ۱۵۵ نفر (۴۷/۷ درصد) زن، ۱۷۰ نفر (۵۲/۳ درصد) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۹ نفر (۱۸/۲ درصد) بی سواد، ۱۳۴ نفر (۴۱/۲ درصد) زیردیپلم، ۹۵ نفر (۲۹/۲ درصد) دیپلم، ۳۷ نفر (۱۱/۴ درصد) دارای تحصیلات

دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۵۴ نفر (۱۶/۶ درصد) کارمند، ۹۹ نفر (۳۰/۵ درصد) شاغل غیرکارمند، ۱۲۴ نفر (۳۲/۸ درصد) خانه دار، ۲۸ نفر (۸/۶ درصد) بازنشسته، ۲۰ نفر (۶/۲ درصد) بیکار بودند و میزان درآمد ماهیانه ۶۶ نفر (۲۰/۳ درصد) کمتر از ۴۰۰ هزار تومان، ۱۵۰ نفر (۴۶/۲ درصد) بین ۶۰۰-۴۰۰ هزار تومان، ۷۳ نفر (۲۲/۵ درصد) بین ۸۰۰-۶۰۰ هزار تومان و ۳۶ نفر (۱۱/۱ درصد) بیش از ۸۰۰ هزار تومان بود. جدول ۱، یافته‌های مربوط به متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری قلبی جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. میانگین نمره منافع فردی درک شده در خصوص اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی $69/63 \pm 0/50$ و موانع درک شده $40/49 \pm 0/81$ بود. مقایسه بین زنان و مردان نشان داد که میانگین نمره منافع درک شده در زنان معادل $63/69 \pm 3/17$ و در مردان معادل $63/82 \pm 3/83$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد ($p=0/85$) و این بدان معناست که جنسیت تاثیری بر منافع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی ندارد. ارتباط معنی داری بین گروه‌های سنی و منافع درک شده وجود ندارد ($p=0/87$). در بررسی ارتباط بین وضعیت تاهل با منافع درک شده در افراد تحت مطالعه آنچه که به وضوح مشاهده می‌گردد، این است که اگرچه امتیاز میانگین نمره کلی منافع درک شده متاهلین ($70/6 \pm 0/55$) از میانگین نمره کلی منافع درک شده افراد مجرد ($67/7 \pm 1/22$) بیشتر می‌باشد اما، از نظر آماری ارتباط معنی داری بین میانگین نمره منافع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و وضعیت تاهل مشاهده نشد ($p=0/073$). بعلاوه آزمون آنالیز واریانس یک

پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ محاسبه گردید، که هر چه موانع و منافع درک شده بیشتر بود نمره بیشتری به آن تعلق گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات و ورود داده‌ها به کامپیوتر، تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و بکارگیری آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی از قبیل آزمونهای مقایسه میانگین پارامتریک مانند تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن صورت گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت کننده توضیح داده شد و به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و پرسشنامه بدون نام تکمیل گردید.

به منظور تعیین روایی ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه با مطالعه منابع فارسی و لاتین و زیر نظر متخصصین مرتبط با موضوع تهیه و نهایی گردید. همچنین، جهت تعیین پایایی ابزار مورد استفاده، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط مطالعه قرار گرفت و در نهایت آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ محاسبه شد که قابل قبول می‌باشد، لازم به ذکر است این افراد از مطالعه نهایی خارج شدند.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی ۳۲۵ نفر از افراد در معرض خطر بیماری قلبی و عروقی غیر اورژانس مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران با میانگین سنی $53/56 \pm 11/27$ بود که ۱۵۵ نفر (۴۷/۷ درصد) زن، ۱۷۰ نفر (۵۲/۳ درصد) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۹ نفر (۱۸/۲ درصد) بی سواد، ۱۳۴ نفر (۴۱/۲ درصد) زیردیپلم، ۹۵ نفر (۲۹/۲ درصد) دیپلم، ۳۷ نفر (۱۱/۴ درصد) دارای تحصیلات

آماري معنی داری بین میانگین نمره منافع درک شده بر حسب فعالیت بدنی، میزان و نوع آن، استعمال دخانیات و آگاهی از بیماری قلبی و عروقی وجود دارد ($p < 0/05$). طبق نتایج به جز متغیر شغل ($p = 0/007$)، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره موانع درک شده و سایر متغیرها نظیر گروه‌های سنی ($p = 0/35$)، جنس ($p = 0/57$)، وضعیت تاهل ($p = 0/16$)، سطح تحصیلات ($p = 0/22$) و وضعیت درآمد ($p = 0/69$) وجود ندارد. ارتباط بین متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری بر میانگین نمره موانع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی در جدول ۳ ارائه شده است. طبق نتایج بدست آمده اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره موانع درک شده بر حسب سابقه خانوادگی ($p = 0/05$)، استعمال دخانیات ($p < 0/001$) و آگاهی از بیماری قلبی و عروقی وجود دارد ($p < 0/001$).

طرفه ارتباط آماری معنی داری بین بعد منافع درک شده و سطح تحصیلات نشان نداد ($p > 0/05$). همچنین در بررسی وجود ارتباط بین شغل و میانگین نمره منافع درک شده، بین منافع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و شغل رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p = 0/008$)، به گونه‌ای که افراد بیکار میانگین نمره منافع درک شده پایین‌تری نسبت به سایر گروه‌ها کسب نمودند. یافته‌های حاصل از بررسی تحلیلی ارتباط بین وضعیت اقتصادی و میانگین امتیازهای مربوط به منافع درک نشان داد که بین منافع درک شده با وضعیت درآمد ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p = 0/28$). ارتباط بین متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری بر میانگین نمره منافع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی در جدول ۲ ارائه شده است. طبق نتایج بدست آمده اختلاف

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری قلبی در افراد تمت مطالعه

نام متغیر	سطوح متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
سابقه خانوادگی	دارد	۱۵۱	۴۶/۵
	ندارد	۱۷۴	۵۳/۵
فعالیت بدنی	دارد	۲۰۹	۶۴/۳
	ندارد	۱۱۶	۳۵/۷
میزان فعالیت بدنی	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۱۵۹	۴۸/۹
	مساوی و بیشتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۵۲	۱۶/۰
نوع فعالیت بدنی	سبک	۱۲۸	۳۹/۴
	متوسط	۷۶	۲۳/۴
	سنگین	۷	۲/۲
استعمال دخانیات	ندارد	۲۵۲	۷۷/۵
	کمتر از ۱۰	۴۳	۱۳/۲
	۱۰ - ۲۰	۱۴	۴/۳
	بیشتر از ۲۰	۱۶	۴/۹
آگاهی از بیماری قلبی	دارد	۲۱۶	۶۶/۵
	ندارد	۱۰۹	۳۳/۵
جمع		۳۲۵	۱۰۰

جدول ۱۲: بررسی ارتباط متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری با منافع درک شده در افراد تحت مطالعه

نام متغیر	سطوح متغیر	میانگین و خطای معیار	نتیجه آزمون
سابقه خانوادگی	دارد	۶۹/۹۹±۰/۶۹	Independent -samples t-test p=۰/۰۵ t=۰/۶۶
	ندارد	۶۹/۳۱±۰/۷۳	
فعالیت بدنی	دارد	۷۰/۴۴±۰/۶۲	Independent -samples t-test p=۰/۰۳ t=۲/۱۵
	ندارد	۶۷/۱۷±۰/۸۵	
میزان فعالیت بدنی	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۷۰/۴۲±۰/۶۷	Independent -samples t-test p=۰/۰۴ t=۰/۹۶
	مساوی و بیشتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۷۰/۳۵±۱/۴۹	
نوع فعالیت بدنی	سبک	۷۲±۰/۷۳	One-way ANOVA p=۰/۰۰۵ f=۵/۳۹
	متوسط	۶۷/۰۹±۱/۱۱	
	سنگین	۶۶/۲۶±۳/۵	
استعمال دخانیات	ندارد	۷۰/۵۱±۰/۵۷	One-way ANOVA p=۰/۰۰۳ f=۴/۷۹
	کمتر از ۱۰	۶۷/۱۸±۱/۱۴	
	۱۰ تا ۲۰ بیشتر از ۲۰	۶۷/۸۴±۲/۱۲ ۶۳/۰۲±۲/۵۴	
آگاهی از بیماری قلبی	دارد	۷۰/۹۶±۰/۵۹	Independent -samples t-test p<۰/۰۰۱ t=۳/۷۶
	ندارد	۶۶/۹۹±۰/۸۸	

جدول ۱۳: بررسی ارتباط متغیرهای مرتبط با سلامت و بیماری با موانع درک شده در افراد تحت مطالعه

نام متغیر	سطوح متغیر	میانگین و خطای معیار	نتیجه آزمون
سابقه خانوادگی	دارد	۳۹/۷۳±۰/۷	Independent -samples t-test p=۰/۰۵ t=-۴/۷۳
	ندارد	۴۱/۴۷±۰/۶۹	
فعالیت بدنی	دارد	۴۰/۱۶±۰/۶۴	Independent -samples t-test p=۰/۰۸ t=-۱/۷۵
	ندارد	۴۱/۹۷±۰/۷۴	
میزان فعالیت بدنی	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۴۰/۶۵±۰/۷۳	Independent -samples t-test p=۰/۳۲ t=۰/۹۹
	مساوی و بیشتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۳۹/۱۵±۱/۳۷	
نوع فعالیت بدنی	سبک	۳۹/۱۷±۰/۸۳	One-way ANOVA p=۰/۰۶۴ f=۲/۷۸
	متوسط	۴۱/۷۰±۱/۰۱	
	سنگین	۴۵/۲۳±۴/۳۵	
استعمال دخانیات	ندارد	۳۹/۴±۰/۵۵	One-way ANOVA p<۰/۰۰۱ f=۱۰/۵۳
	کمتر از ۱۰	۴۵/۰۹±۱/۱۱	
	۱۰ تا ۲۰ بیشتر از ۲۰	۴۴/۸۴±۲/۳۴ ۴۷/۹۱±۲/۱۲	
آگاهی از بیماری قلبی	دارد	۳۹/۱۹±۰/۶	Independent -samples t-test p<۰/۰۰۱ t=-۴/۷۳
	ندارد	۴۴/۰۱±۰/۷۷	

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد میانگین نمره موانع درک شده ($40/49 \pm 0/81$) از میانگین منافع درک شده ($69/63 \pm 0/50$) در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی کمتر می‌باشد. در مطالعه شجاع فرد و همکاران (۱۳۸۷) در تهران نیز که با هدف بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خود مراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد، مشخص گردید که در گروه مداخله پس از آموزش منافع درک شده انجام رفتارهای خود مراقبتی ($19/35\%$)، افزایش میزان انجام رفتارهای خود مراقبتی ($74/5\%$)، منافع درک شده این رفتارها ($19/35\%$) بطور معنی داری افزایش و موانع درک شده انجام این رفتارها ($27/76\%$) نیز بطور معنی داری کاهش یافته است (۱۱). بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده و افزایش شیوع بیماریهای قلبی و عروقی، آموزش افراد جامعه بر پایه تئوری‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت با تاکید بر فواید و موانع اتخاذ رفتارهای سالم در زمینه عوامل خطر قابل تغییر نظیر تغذیه، چاقی و اضافه وزن، فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات، استرس، بار بیماری قلبی و عروقی به میزان قابل توجهی کاهش خواهد یافت. در این مطالعه ارتباط معنی داری بین متغیر شغل با منافع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در خصوص پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی مشاهده گردید به گونه‌ای که افراد بیکار کمترین امتیاز را در خصوص منافع درک شده و بیشترین امتیاز را در خصوص موانع اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی کسب نمودند. در مطالعه حاضر بین میانگین نمره موانع و منافع درک شده با شغل اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد. این بدین معنی است که در افراد غیرشاغل میانگین

نمره موانع درک شده بیشتر و در مقابل میانگین نمره منافع درک شده کمتر می‌باشد و با توجه به اینکه از یک سو در مطالعات مختلف ثابت شده است که بروز بیماری قلبی و عروقی که بیشترین بار مرگ و ناتوانی را در جهان به خود اختصاص داده است، ارتباط تنگاتنگی با نابرابری‌های اجتماعی- اقتصادی دارد (۱۲) و از سوی دیگر نتایج مطالعه Timmerman و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکا نشان داد که موانع ارتقاء سلامت منحصر به فرد می‌باشد (۱۳). بنابراین به نظر می‌رسد افراد غیرشاغل با مشکلات و موانع اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی مانند محدودیت های مالی، موانع زیست محیطی، استرس، نداشتن تسهیلات کافی، فقدان زمان، انگیزه و یا تنبلی بیشتر روبرو می‌باشند، لذا از درک و شناخت بیشتری نسبت به این موانع برخوردار می‌باشند و این مسئله که افراد غیر شاغل از سطح درک پایین‌تری در خصوص منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی نسبت به شاغلین برخوردار بودند، شاید ناشی از این باشد که شغل به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت بر درک منافع اتخاذ رفتارهای سالم تاثیرگذار می‌باشد و افراد غیرشاغل به این دلیل که با کاهش درآمد، بحران مالی و کمبود انگیزه به منظور اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی روبرو می‌باشند، بنابراین منافع اتخاذ رفتارهای سالم را مورد توجه قرار نمی‌دهند.

طبق نتایج اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره منافع درک شده و انجام و یا عدم انجام فعالیت بدنی منظم، میزان و نوع فعالیت بدنی وجود دارد. به طوری که اعتقاد به منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی، در افرادی که فعالیت فیزیکی منظم و سبک با مدت زمان کمتر از

۱۵۰ دقیقه در هفته انجام می دهند بیش از سایرین می باشد. همچنین مطالعه Sullivan و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تاثیر آموزش در خصوص فعالیت فیزیکی در افراد در معرض خطر سکته قلبی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در آمریکا انجام شد نیز، موید آن است که ارتباط معناداری بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و انجام فعالیت فیزیکی وجود دارد. به طوری که افرادی که منافع درک شده و خودکارآمدیشان در اثر آموزش افزایش یافت فعالیت های ورزشی را بهتر و بیشتر از سایرین انجام می دادند. لذا به نظر می رسد برنامه های آموزشی بر اساس سازه های منافع درک شده و خودکارآمدی در پیشگیری از سکته قلبی نقش به سزایی ایفا می نماید (۱۴). برای تبیین چنین ارتباطی می توان به این مسئله اشاره نمود که انجام فعالیت فیزیکی منظم، اعتقاد و درک افراد را نسبت به منافع فعالیت بدنی در جهت کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی افزایش می دهد. بدین ترتیب به منظور ارتقاء سطح درک افراد در معرض خطر بیماری های قلبی و عروقی از فواید ورزش و فعالیت فیزیکی منظم می توان مداخلاتی را پیشنهاد نمود که احتمالاً مشارکت افراد را در رفتارهای محافظت کننده سلامتی افزایش می دهد. همچنین اگرچه در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی داری بین موانع درک شده و فعالیت بدنی مشاهده نگردید ولی، شناخت موانع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی ضروری به نظر می رسد.

همچنین در بررسی ارتباط متغیر استعمال دخانیات با منافع و موانع درک شده در اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به منظور پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی رابطه معنی دار مشاهده گردید. به طوری که به نظر می رسد در افراد غیرسیگاری میانگین امتیاز منافع درک شده در خصوص عدم

استعمال دخانیات به منظور پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی در مقایسه با سایرین بالاتر و در مقابل میانگین نمره موانع درک شده پایین تر از افراد سیگاری بوده است. در این راستا مطالعه Farquha و همکاران (۲۰۰۲) که به منظور بررسی اثرات آموزش بر کاهش ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی در استانفورد انجام شده است، نشان می دهد که طی یک برنامه آموزشی منسجم در مدت زمان ۵ سال، ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی کاهش یافته است. به طوری که مصرف دخانیات و الکل ۱۳٪ و در مجموع بروز بیماری های قلبی ۱۵٪ کاهش یافته است (۱۵)، که با توجه به یافته های حاصل به نظر می رسد، در برنامه ریزی های بهداشتی برای افراد سیگاری بر اساس الگو و تئوری های آموزش بهداشت به منظور ترک سیگار باید بر بکارگیری پیام هایی که نشان دهنده غلبه بر موانع درک شده و نیز فواید ترک سیگار باشد، تاکید نمود. همچنین ارتباط آماری معنی داری بین آگاهی از عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی با میانگین نمره منافع و موانع درک شده مشاهده گردید، به گونه ای که در افرادی که از عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی آگاهی داشتند، میانگین نمره منافع درک شده آنها بیش از سایر افراد بود و موانعی که برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده احساس می کردند، کمتر از سایرین بود. در این راستا در مطالعه Mosca و همکاران (۲۰۰۵) در انگلستان نیز آگاهی از عوامل خطر بیماری های قلبی به عنوان یک عامل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به شمار می آید. به طوریکه آگاهی ناکافی از عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی منجر به عملکرد ضعیف رفتارهای ارتقاء دهنده سطح سلامت می گردید. آموزش عمومی برای کاهش عوامل خطر مرتبط با بیماری های قلبی و عروقی ممکن است به گسترش اطلاعات، تغییر هنجارها و ارزش های اجتماعی

و مرتبط با سلامت و بیماری قلبی و عروقی نظیر شغل، فعالیت فیزیکی، نوع و مدت زمان انجام فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات بر درک موانع و منافع اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تاثیرگذار است، بنابراین به نظر می‌رسد بکارگیری مداخلات مبتنی بر تئوریهای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت که ابعاد مختلف محیطی، اجتماعی، فرهنگی و رفتاری را در بر می‌گیرد، انجام پذیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت تحقیقات بر روی درک و شناخت موانع و منافع اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۴۲۳۴ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم به دلیل حمایت مالی، از بیمارستانهای تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز انجام مطالعه و از بیماران محترم شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

مربوط به عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی و آگاهی از خطر ابتلا به این بیماری کمک نماید (۱۶). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که ارتقاء آگاهی عمومی مناسب می‌تواند موجب تغییرات رفتاری و ارتقاء سلامت در میان افراد در معرض خطر گردد. به طور کلی منافع درک شده برای تغییر رفتار به عنوان اعتقادات فرد نسبت به اثربخشی اقدامات مختلف در دسترس، برای کاهش خطر ابتلا یا جدی بودن یک بیماری خاص و موانع درک شده نیز به عنوان اعتقادات یک فرد به جنبه‌های منفی بالقوه یک عمل بهداشتی خاص تعریف می‌گردد. موانع و منافع درک شده ارزش‌های بهداشتی فردی و چگونگی مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی را تعیین می‌نماید. در این راستا شایان به ذکر است که متغیرهای دموگرافیکی و مرتبط با سلامت و بیماری مانند شغل، سابقه خانوادگی، میزان و نوع فعالیت فیزیکی، آگاهی از عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی، استعمال دخانیات بر درک موانع و منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی و عروقی تاثیرگذار می‌باشد، اما از آنجایی که اکثریت افراد مورد مطالعه از عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی آگاه می‌باشند و از سوی دیگر متغیرهای دموگرافیکی

منابع

1. WHO. Prevention of cardiovascular diseases. Swiss: Geneva; 2007: 1-16.
2. WHO. Life expectancy improves. Available at http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf. 2012.
3. American Heart Association. Risk factors and coronary heart disease. 2007. Available at: <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary>. 2012.
4. Khosravi A, Rao C, Naghavi M, Taylor R, Jafari N & Lopez AD. Impact of misclassification on measures of cardiovascular disease mortality in the Islamic Republic of Iran: a cross-sectional study. Available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-046532/en/index.html>. 2012.

5. Frich JC, Malterud K & Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care* 2006 Mar; 24(1): 38-43.
6. Murdaugh CL & Verran JA. Theoretical modeling to predict physiological indicants of cardiac preventive behaviors. *Nurs Res* 1987; 36(5): 284-91.
7. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111(4): 499-510.
8. Pender NJ, Murdaugh CL & Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. USA: Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010: 15-20.
9. Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. *Clin Med Res* 2003; 1(3): 249-58.
10. Ford ES. Prevalence of the Metabolic Syndrome Defined by the International Diabetes Federation Among Adults in the U.S. *Diabetes Care* 2005; 28(11): 2745-9.
11. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam MH, Mazlomi Mahmoodabad SS, Sanati HR & Asgarshahi M. Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *Payavard Salamat* 2009; 2(4): 43-55[Article in Persian].
12. Ljung R. Socioeconomic inequalities in health: epidemiological studies of disease burden, mechanisms, and gender differences. Available at: <http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-941-6/thesis.pdf>. 2006.
13. Timmerman GM. Addressing barriers to health promotion in underserved women. *Fam Community Health* 2007; 30(1): 34-42.
14. Sullivan KA, White KM, Young RM & Scott CJ. Predictors of intention to exercise to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An application of an extended Health Belief Model. *Rehabilitation Psychology* 2008; 53(4): 505-12.
15. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, et al. Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project *JAMA* 1990; 264(3): 359-65.
16. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005 Feb; 111(4): 499-510.

Determination Of Perceived Barriers And Benefits Of Adopting Health-Promoting Behaviors In Cardiovascular Diseases Prevention: Application Of Preventative Behavior Model

Tol Azar¹(Ph.D) - Esmaeili Shahmirzadi Sima²(MSc.)
Shojaeizadeh Davoud³(Ph.D) - Eshraghian Mohamad Reza⁴(Ph.D)
Mohebbi Bahram⁵(M.D.)

1 Ph.D of Health Education & Promotion, Health Education & Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Sciences in Health Education & Promotion, Health Education & Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Professor, Health Education & Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Epidemiology & Biostatistics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Cardiologist, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Jan 2012
Accepted : Sep 2012

Background and Aim: Cardiovascular diseases are the main cause of death and disabilities in the world. The purpose of the present study is to determine the perceived barriers and benefits of adopting health-promoting behaviors among individuals at risk of cardiovascular diseases referring to TUMS Teaching Hospitals in 2011.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study in which 325 patients at risk of cardiovascular diseases were randomly selected. The data were collected using a self-made questionnaire having three parts: 14 items for demographic and health-related variables, 12 items for perceived barriers, and another 12 items for benefits. For data analysis, SPSS 18 was used.

Results: The mean age of patients was 53.56 ± 11.27 ; about 47.7% of patients ($n=155$) were female and 52.3% ($n=170$) were male. There was a meaningful relationship between the mean of perceived benefits on the one hand and occupation, physical activity, type and frequency of physical activity, smoking and awareness of cardiovascular diseases on the other ($p < 0.001$). Moreover, the mean of perceived barriers showed a meaningful relationship with occupation, smoking and awareness of cardiovascular diseases ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of the present study revealed that demographic and health-related variables could affect the perception of barriers and benefits of adopting certain behaviors for the prevention of cardiovascular diseases. Therefore, using interventional and educational approaches appropriate for target group features can help us take effective steps towards health promotion.

Key words: Cardiovascular Diseases, Perceived Benefits and Barriers, Preventive Behavior Model

* Corresponding Author:
Shojaeizadeh D ;
E -mail:
Shojaee @sina.tums.ac.ir