

پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی، براساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم، سال ۱۳۹۳

طاهره رحیمی^۱، ناراله شجاعی^{۲*}، زهرا موسوی میانداشتی^۳، زهرا جعفری‌ندوشن^۴، محسن فرح‌آبادی^۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در زنان و مردان سراسر جهان به شمار می‌آید، درحالی‌که این بیماری‌ها با اتخاذ تدابیر لازم، تا حد زیادی قابل پیشگیری می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی، براساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۲۰۴ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای بود و داده‌ها به وسیله پرسشنامه مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه، تی مستقل و رگرسیون خطی صورت گرفت. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، از میان سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی؛ حساسیت درک‌شده ($p=0/005$)، شدت درک‌شده ($p=0/042$) و خودکارآمدی ($p=0/003$)؛ ۲۰٪ تغییرات رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم پیش‌بینی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، جهت طراحی برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی، در نظر گرفتن نقش ادراکاتی از جمله حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده و خودکارآمدی، احتمال موفقیت مداخلات را افزایش می‌دهد.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های قلبی - عروقی؛ مدل اعتقاد بهداشتی، بیماری‌های قلبی - عروقی - پیشگیری و کنترل؛ قم، ایران.

^۱دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

^۲مرکز آموزشی درمانی نکویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

^۵کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

ناراله شجاعی، مرکز آموزشی درمانی نکویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
sarallahshojaei@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۶

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۲۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Rahimi T, Shojaei S, Mousavi Miyandashti Z, Jafari Nodoushan Z, Farahabadi M. Predictors of preventive behaviors of cardiovascular diseases: Based on health belief model in women referred to health treatment centers in Qom City, 2014, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016;9(11):51-59. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر مردان و زنان در سراسر جهان به شمار می‌آید (۱). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر به علت بیماری‌های قلبی - عروقی جان خود را از دست داده‌اند که نمایانگر ۳۱٪ از کل مرگ و میر جهانی است. از تمامی این مرگ و میرها، ۷/۴ میلیون مرگ به علت بیماری عروق کرونر قلب و ۶/۷ میلیون مرگ به علت سکته مغزی بوده است. بیش از سه‌چهارم مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای کم‌درآمد و یا با درآمد متوسط بوده است (۲). معمولاً تصور می‌شود بیماری‌های قلبی در مردان کشنده‌تر است؛ با این حال، زنان دو برابر بیش از مردان در هفته اول پس از حمله قلبی می‌میرند. میزان مرگ و میر، یک‌سال پس از حمله قلبی، در زنان، ۳۸٪ و مردان، ۲۵٪ گزارش شده است (۳). آمارهای موجود نشان می‌دهند در سال ۲۰۱۰ بیماری‌های قلبی - عروقی به‌عنوان اولین تشخیص درمانی در ۲/۸ میلیون زن مرخص‌شده از بیمارستان شناخته شده‌اند. در همان سال، ۲۵/۱٪ از جراحی‌های بای‌پس عروق کرونر مربوط به زنان بود و ۳۲/۹٪ از بیماران بخش قلب را نیز زنان تشکیل می‌دادند. همچنین ۳۱/۳٪ از بیماران پیوند قلب در سال ۲۰۱۱، زن بوده‌اند (۴). در ایران نیز این بیماری‌ها، اولین علت مرگ و میر در مردان و زنان بالای ۳۵ سال گزارش شده که با گذشت زمان، سن بروز آن رو به کاهش بوده است (۵). فرآیند بیماری‌های قلبی - عروقی در دوران کودکی شروع و در طول زندگی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، محیطی و عوامل خطر قابل‌تعدیل قرار می‌گیرد (۶). عوامل قابل‌تعدیل بیماری‌های قلبی - عروقی شامل استعمال دخانیات، کلسترول و فشار خون بالا، عدم فعالیت بدنی، چاقی، اضافه وزن و دیابت می‌باشد (۷). تحقیقات علمی نشان می‌دهند زنان برخی از گروه‌های اقلیت نژادی، قومی و زنان با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین، به‌مراتب بیش از سایر زنان تحت‌تأثیر بیماری‌های قلبی - عروقی قرار می‌گیرند. نابرابری اجتماعی سلامت ماهیت، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دریافتی و توانایی فرد در اصلاح رفتارهای مرتبط با سبک زندگی برای مدیریت، عوامل خطر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹،۸).

باوجود اینکه آگاهی بالایی نسبت به خطرات مصرف سیگار و تغذیه نامناسب وجود دارد، ولی شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی در میان بزرگسالان جوان، همچنان رو به افزایش است (۱۰). این درحالی است که پیشگیری اولیه از بیماری‌های قلبی - عروقی ممکن بوده و علاوه بر آگاهی به ادراکات شخصی نیز بستگی دارد (۱۱). در این مطالعه برای بررسی آگاهی و ادراکات پیرامون رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی، از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده گردید.

الگوی اعتقاد بهداشتی یک چارچوب مفهومی است که در اوایل دهه ۱۹۵۰ توسط Rosen Stock و Hochbaum طراحی و سپس در دهه ۱۹۷۰ توسط Becker و Maiman گسترش یافت. از این الگو در مطالعه رفتارهای بهداشتی به‌طور گسترده استفاده می‌شود. این الگو برای توضیح رفتار بهداشتی به‌وسیله درک بهتر از باورهای موجود در مورد سلامت طراحی شده است. حساسیت درک‌شده (باور در مورد احتمال ابتلا به یک بیماری)، شدت درک‌شده (باور در مورد جدی‌بودن پیامدهای ناشی از یک بیماری)، منافع درک‌شده (باور به اثربخشی عمل توصیه‌شده جهت کاهش خطر یا شدت بیماری) و موانع درک‌شده (باور به هزینه‌های مادی و روانی عمل توصیه‌شده)، چهار سازه اصلی این الگو بوده که هرکدام به‌صورت جداگانه و یا در ترکیب با هم، برای توضیح رفتارهای بهداشتی استفاده می‌شوند. همچنین سازه‌هایی از قبیل راهنما برای عمل (راهنمایی که فرد را برای انجام عمل آماده می‌سازند) و خودکارآمدی (اطمینان فرد به توانایی خود در انجام اقدامات) به مدل اضافه شده‌اند. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی براساس متغیرهای دیگری مانند سن، جنس، نژاد، سطح تحصیلات، تجارب گذشته و آگاهی قابل‌تغییر هستند (۱۲، ۱۳).

در مطالعات مختلف به نقش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه اشاره شده است. Carpenter منافع و موانع درک‌شده را به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار، به‌خصوص هنگامی که هدف از رفتار، جلوگیری از یک پیامد بهداشتی منفی باشد، ذکر می‌کند (۱۴). Ali نیز در مطالعه خود متغیرهای روان‌شناختی اجتماعی، آگاهی از عوامل خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب و راهنمای عمل را در اتخاذ رفتارهای

پیشگیری کننده، مهم دانسته است (۱۵). همچنین یافته‌های مطالعه باقیانی مقدم و همکاران بر روی افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی - عروقی نشان داد سازه‌های منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، خودکارآمدی و آگاهی با رفتار پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در ارتباط است (۱۶).

با وجود رشد روزافزون بیماری‌های قلبی - عروقی در زنان و باتوجه به تحقیقات انجام‌شده، مطالعات اندکی به بررسی عوامل مرتبط با رفتار پیشگیرانه قلبی به‌طور خاص در زنان ایرانی پرداخته‌اند. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی کننده‌های رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی براساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی با هدف بررسی پیش‌بینی کننده‌های رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی براساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۳ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از یک مطالعه مقدماتی و با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵٪ و دقت آزمون ۰/۰۵، با استفاده از فرمول:

$$n = Z^2 \sigma^2 / d^2$$

۲۰۴ نفر تعیین گردید. شرط ورود نمونه‌ها به پژوهش، داشتن پرونده خانوار در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر قم، متأهل بودن و توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری قلبی - عروقی و یا سابقه مصرف دارو برای این بیماری بود که در ابتدا با سؤال از مصاحبه‌شونده و جهت اطمینان بیشتر با مراجعه به پرونده خانوار ایشان مشخص گردید. روش نمونه‌گیری افراد به روش خوشه‌ای انجام شد، بدین صورت که در ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی درمانی شهر قم تهیه و از میان این مراکز، ۶ مرکز به‌عنوان خوشه انتخاب شدند، سپس از هر خوشه، ۳۴ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر دو بخش: ۱- اطلاعات دموگرافیک با ۶ سؤال (شامل: سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، سابقه ابتلا به بیماری قلبی در

خانواده و نمایه توده بدنی)؛ ۲- سؤالات مربوط به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل آگاهی با ۱۳ سؤال (بیماری‌های قلبی - عروقی و اولین علت مرگ و میر در زنان ایرانی)، حساسیت درک‌شده با ۵ سؤال (احتمال دارد که در آینده من به بیماری قلبی مبتلا شوم)، شدت درک‌شده با ۸ سؤال (بیماری قلبی، ممکن است باعث انجام عمل جراحی در من شود)، منافع درک‌شده با ۴ سؤال (ورزش منظم باعث جلوگیری از بیماری قلبی می‌شود)، موانع درک‌شده با ۷ سؤال (تغییر عادت‌های غذایی ناسالم برایم سخت است)، خودکارآمدی درک‌شده با ۷ سؤال (من می‌توانم روزانه از میوه و سبزیجات تازه استفاده کنم)، راهنمای عمل درک‌شده با ۳ سؤال (من درباره چگونگی جلوگیری از بیماری قلبی از کتاب‌ها و مجلات اطلاعات جمع‌آوری می‌کنم) و رفتار پیشگیرانه با ۸ سؤال (من در هفته گذشته میزان نمک غذای خود را کم کرده‌ام) بود. سازه‌های حساسیت درک‌شده، موانع درک‌شده، مزایای درک‌شده، خودکارآمدی درک‌شده و راهنمای عمل براساس طیف لیکرت از کاملاً مخالف (۱ امتیاز) تا کاملاً موافق (۵ امتیاز) نمره‌دهی شده است. در نمره‌دهی سؤالات آگاهی، به پاسخ صحیح، نمره ۱ و به پاسخ اشتباه، نمره صفر تعلق می‌گیرد. همچنین در نمره‌دهی سؤالات رفتار پیشگیرانه در هر سؤال به پاسخ بله، نمره ۱ و به پاسخ خیر، نمره صفر داده می‌شود.

جهت سنجش اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی توسط پانل متخصصین (۸ متخصص آموزش بهداشت) استفاده شد. میزان پایایی پرسشنامه در سازه‌های حساسیت درک‌شده، موانع درک‌شده، مزایای درک‌شده، خودکارآمدی درک‌شده و راهنمای عمل از طریق محاسبه آلفای کرونباخ و سازه‌های آگاهی و رفتار پیشگیرانه با استفاده از روش آزمون مجدد (Test-retest) به فاصله ۱۰ روز، ارزیابی شد. بدین منظور پرسشنامه در اختیار ۲۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم که دارای شرایط مشابه با گروه هدف مطالعه حاضر بودند قرار گرفت. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای سازه حساسیت درک‌شده، ۰/۷۹؛ شدت درک‌شده، ۰/۸۴؛ موانع درک‌شده، ۰/۸۸؛ منافع درک‌شده، ۰/۹۰؛ خودکارآمدی درک‌شده، ۰/۸۹ و راهنمای عمل، ۰/۷۶ بود که قابل قبول ارزیابی شد.

یافته‌ها

دامنه سنی زنان شرکت‌کننده، ۵۸-۱۶ سال بود. اکثریت زنان (۳/۳۶٪) در زمان مطالعه، فرزندی نداشتند و شغل ۱۷۶ نفر (۳/۸۶٪) خانه‌دار بود. میزان تحصیلات بیشتر زنان (۴/۲۹) دیپلم بود و ۷۷/۹٪ از آنان اعلام کردند سابقه بیماری‌های قلبی - عروقی در بستگان درجه اول ندارند. ۴۲/۶٪ افراد دارای نمایه توده بدنی طبیعی بودند (جدول شماره ۱).

ضریب همبستگی اسپیرمن برای سازه آگاهی، ۰/۷۲ و عملکرد، ۰/۷۶ بود. در مرحله اجرا، پرسشگر با حضور در مراکز بهداشتی درمانی شهر قم و پس از ارائه توضیحات درخصوص اهداف پژوهش و اخذ فرم رضایت آگاهانه از داوطلبین، پرسشنامه را در بین آنها توزیع کرد و بدین ترتیب داده‌ها جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون آنالیز همبستگی، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در مطالعه و نمره رفتار پیشگیرانه آنها

متغیر	فراوانی (درصد)	رفتار پیشگیرانه	مقدار p
میانگین $\pm$ انحراف معیار			
سن	زیر ۲۰ سال	۳۳ (۱۶/۲)	۴/۳۰ $\pm$ ۲/۰۹
	۲۰-۲۹ سال	۹۶ (۴۷/۱)	۴/۰۶ $\pm$ ۱/۷۹
	۳۰-۳۹ سال	۵۸ (۲۸/۴)	۴/۴۴ $\pm$ ۱/۷۲
	۴۰ ساله و بالاتر	۱۷ (۸/۳)	۵/۵۶ $\pm$ ۱/۵۸
تعداد فرزند	بدون فرزند	۷۴ (۳۶/۳)	۴/۰۹ $\pm$ ۱/۵۸
	۱	۶۸ (۳۳/۳)	۴/۵۲ $\pm$ ۱/۷۹
	۲	۴۳ (۲۱/۱)	۴/۲۷ $\pm$ ۱/۵۹
	۳ و بیشتر	۱۹ (۹/۳)	۴/۵۲ $\pm$ ۱/۲۱
شغل	کارمند	۲۸ (۱۳/۷)	۴/۲۵ $\pm$ ۱/۶۵
	خانه‌دار	۱۷۶ (۸۶/۳)	۴/۷۵ $\pm$ ۱/۴۳
میزان تحصیلات	ابتدایی	۴۲ (۲۰/۶)	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۴۶
	راهنمایی	۵۳ (۲۶)	۴/۱۵ $\pm$ ۱/۸۰
	دیپلم	۶۰ (۲۹/۴)	۳/۹۶ $\pm$ ۱/۵۹
	دانشگاهی	۴۹ (۲۴)	۴/۷۱ $\pm$ ۱/۵۵
نمایه توده بدنی	کمبود وزن	۱۲ (۵/۹)	۴/۱۶ $\pm$ ۱/۶۹
	وزن نرمال	۸۷ (۴۲/۶)	۴/۰۸ $\pm$ ۱/۵۵
	اضافه وزن	۷۴ (۳۶/۳)	۴/۶۳ $\pm$ ۱/۷۰
	چاقی	۳۱ (۱۵/۲)	۴/۲۹ $\pm$ ۱/۵۹
سابقه ابتلا به بیماری قلبی در خانواده		بلی	۴/۲۲ $\pm$ ۱/۴۷
			۲۲ (۱/۲۲)

طبق نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمره رفتار پیشگیرانه در دو گروه خانه‌دار (۴/۷۵ $\pm$ ۱/۴۳) و کارمند (۴/۲۵ $\pm$ ۱/۶۵)، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (۰/۱۳ = p). همچنین میانگین نمره رفتار پیشگیرانه در افراد با سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی در بستگان درجه یک (۴/۲۲ $\pm$ ۱/۴۷) و بدون سابقه ابتلا (۴/۳۴ $\pm$ ۱/۶۸)، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد (۰/۶۵ = p). (جدول شماره ۲).

طبق نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین میانگین نمره رفتار پیشگیرانه با سطوح مختلف سنی (۰/۰۱ = p)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت، به‌طوری‌که میانگین نمره رفتار در گروه ۴۰ سال و بالاتر (۵/۵۶ $\pm$ ۱/۵۸)، بیش از سایر گروه‌ها بود. همچنین طبق یافته‌های این آزمون، بین میانگین رفتار با میزان تحصیلات (۰/۰۶ = p)، تعداد فرزندان (۰/۴۱ = p) و نمایه توده بدنی (۰/۱۹ = p)، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار و محدوده نمرات قابل کسب سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان شرکت‌کننده در مطالعه

سازه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	محدوده نمره قابل کسب
آگاهی	۵/۱۱ $\pm$ ۲/۵۰	۰-۱۳
حساسیت درک‌شده	۱۶/۳۵ $\pm$ ۲/۷۲	۵-۲۵
شدت درک‌شده	۲۹/۵۷ $\pm$ ۴/۳۴	۸-۴۰
منافع درک‌شده	۱۷/۶۴ $\pm$ ۲/۲۷	۴-۲۰
موانع درک‌شده	۲۰/۴۹ $\pm$ ۵/۱۱	۷-۳۵
خودکارآمدی	۲۵/۸۴ $\pm$ ۴/۴۹	۷-۳۵
راهنما برای عمل	۹/۹۵ $\pm$ ۲/۶۳	۳-۱۵
رفتار پیشگیرانه	۴/۳۱ $\pm$ ۱/۶۳	۰-۸

بین رفتار پیشگیرانه و آگاهی ($r=0/1$, $p=0/007$)، حساسیت ($r=0/1$, $p=0/011$)، خودکارآمدی ($r=0/3$, $p=0/001$) و راهنما درک‌شده ($r=0/2$, $p=0/001$)، شدت درک‌شده ($p=0/013$)، موانع درک‌شده ($r=0/1$, $p=0/006$)، برای عمل ($r=0/2$, $p=0/001$)، همبستگی معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع همبستگی بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
رفتار پیشگیرانه	۱	-	-	-	-	-	-	-
آگاهی	۰/۰۰۷*	۱	-	-	-	-	-	-
حساسیت درک‌شده	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۱	-	-	-	-	-
شدت درک‌شده	۰/۰۱۳*	۰/۰۰۱*	۰/۲۴۳	۱	-	-	-	-
منافع درک‌شده	۰/۰۰۶*	۰/۰۰۱*	۰/۸۴۴	۰/۰۰۱*	۱	-	-	-
موانع درک‌شده	۰/۰۱۱*	۰/۳۰۵	۰/۰۸۴	۰/۱۶۴	۰/۱۲۴	۱	-	-
خودکارآمدی	۰/۰۰۱*	۰/۶۷۴	۰/۶۲۱	۰/۶۸۵	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۱	-
راهنما برای عمل	۰/۰۰۱*	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱*	۰/۳۴۸	۰/۰۷۶	۰/۰۰۸*	۰/۰۰۱*	۱

* سطح معنی‌داری = $p < 0/05$

از بین متغیرهای واردشده به مدل رگرسیونی؛ حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده و خودکارآمدی توانستند ۲۰٪ از تغییرات رفتار پیشگیرانه را پیش‌بینی کنند ($r^2=0/20$, $f=7/15$).

جدول شماره ۴: نتایج آنالیز رگرسیون پیش‌بینی کننده‌های رفتار پیشگیرانه در زنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	r^2	B	SE	Beta	p
رفتار پیشگیرانه	۰/۲۰	-	-	-	-
ثابت (a)	-	۲/۱۴	۱/۴۱	-	۰/۱۳
حساسیت درک‌شده	-	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۰۰۵
شدت درک‌شده	-	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۰۴۲
خودکارآمدی	-	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۰۰۳

($p < 0/001$, $f=7/15$, $r^2=0/20$)سطح معنی‌داری $p < 0/05$

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده و خودکارآمدی؛ سه متغیر پیش‌بینی‌کننده رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم محسوب می‌شوند؛ به گونه‌ای که این سه متغیر توانستند ۲۰٪ از تغییرات مرتبط با رفتار را پیش‌بینی کنند. یافته‌های مطالعه Ali و همکاران (۱۵) نشان داد حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، انگیزه برای سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و آگاهی از عوامل خطر بیماری‌های عروق کرونر در زنان یائسه می‌تواند ۷۶٪ از تغییرات رفتار پیشگیری‌کننده را توضیح دهد. همچنین در مطالعه Winham و همکاران (۱۷)، خودکارآمدی بالا، تحصیلات دانشگاهی و مؤنث بودن توانستند ۱۵٪ از تغییرات نمره آگاهی از خطرات بیماری‌های قلبی - عروقی را پیش‌بینی کنند. در نظر گرفتن طیفی از عوامل احتمالی مرتبط با رفتار، همچنین استفاده از الگوهای نظری مختلف به شناسایی بهتر عوامل تعیین‌کننده رفتار پیشگیرانه کمک می‌کند.

در مطالعه حاضر حساسیت درک‌شده، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار بود که مشابه مطالعه Ali و همکاران است (۱۵). شواهد علمی نشان می‌دهند حساسیت درک‌شده پایین در زنان ممکن است تأثیر منفی در تمایل آنها به پابندی به رفتارهای توصیه‌شده برای کاهش خطر داشته باشد. این برداشت نامناسب ممکن است مانع از تصمیم‌گیری مناسب در رابطه با هزینه‌ها و فواید رفتار پیشگیرانه شده و در نهایت، بر اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز تأثیر نامطلوبی بگذارد (۱۸). یافته‌های این مطالعه نشان داد شدت درک‌شده یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیشگیرانه است. در مطالعه رحمتی و همکاران (۱۹)، حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده اگرچه نتوانستند پیش‌بینی‌کننده رفتار تغذیه‌ای در زمینه بیماری‌های قلبی - عروقی باشند، اما این دو متغیر به ترتیب ۹ و ۱۰٪ از تغییرات رفتار فعالیت فیزیکی مرتبط با بیماری‌های قلبی - عروقی را پیش‌بینی کردند. هرچه زنان این گروه سنی، خود را بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی بدانند و بر این باور باشند که پیامدها و عوارض بالقوه جدی در پی ابتلا به چنین بیماری‌هایی وجود دارد با احتمال

بیشتری، اقدام به انجام رفتار پیشگیرانه می‌کنند.

در این مطالعه خودکارآمدی، پیش‌بینی‌کننده دیگر رفتار بود و افراد با خودکارآمدی بالاتر، بیشتر به رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی اقدام کردند. در مطالعات بسیاری، از نقش خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پیشگیرانه دفاع شده است. به عنوان مثال مطالعه Newell و همکاران نشان داد خودکارآمدی، توضیح‌دهنده ۲۱٪ از تغییرات پیشگیری از ابتلا به فشار خون است (۲۰). همچنین در مطالعه Chiou و همکاران، خودکارآمدی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای قابل‌اصلاح بیماری قلبی مانند مصرف منظم داروها، رژیم غذایی سالم و توضیح‌دهنده ۲۴٪ از تغییرات مرتبط با رفتار بود (۲۱). از آنجا که خودکارآمدی بالاتر با مدیریت بهتر شیوه زندگی در انتخاب رفتارهای سالم همراه است، لذا در نظر گرفتن راهکارهای افزایش خودکارآمدی با غلبه بر موانع می‌تواند در زنان، به بهبود رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های مزمن کمک کند.

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که اگرچه آگاهی، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده قادر به پیشگویی رفتار نیستند، اما دارای همبستگی معنی‌داری با آن می‌باشند. همچنین مطالعات نشان می‌دهد زنان با آگاهی و منافع درک‌شده بالا در مورد واقعیت بیماری‌های قلبی - عروقی، اقدامات پیشگیرانه بیشتری مانند افزایش فعالیت بدنی و کاهش وزن را انجام می‌دهند (۲۲، ۱۴). در مطالعه Mosca و همکاران (۲۳) نیز موانع درک‌شده دارای همبستگی منفی با رفتار بود و زنان، سردرگمی در مورد اطلاعات ارائه‌شده توسط رسانه‌ها، فقدان کنترل درک‌شده، محدودیت زمانی، تعهدات خانوادگی، محدودیت‌های مالی و عدم اعتماد به نفس در توانایی برای کاهش عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های قلبی - عروقی را از مهم‌ترین موانع در این زمینه ذکر کردند که این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر راهنما برای عمل نیز دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری با رفتار پیشگیرانه بود. تأثیر شبکه‌های اجتماعی در ابعاد مختلف سلامتی در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد استفاده از روابط میان فردی با افرادی از قبیل خانواده، دوستان، جامعه و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های

همچنین این مطالعه در محیط شهری انجام شد که با توجه به اهمیت نقش رفتارهای پیشگیری‌کننده در کاهش وقوع بیماری‌های قلبی - عروقی زنان توصیه می‌گردد چنین مطالعه‌ای در گروه‌های مختلف سنی و مناطق جغرافیایی مختلف، به‌خصوص در مناطق روستایی نیز صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

توسعه و اجرای موفق برنامه‌های ارتقای سلامت در زمینه پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی، بیش از هر چیز، به شناسایی عوامل تعیین‌کننده رفتار پیشگیرانه در میان اعضای گروه هدف بستگی دارد. تلاش‌های مداخلات آموزش بهداشت، زمانی مؤثر خواهد بود که باورها و ادراکات افراد پیرامون استعداد ابتلا به بیماری، شدت و وخامت پیامدهای ناشی از بیماری و توانایی درک‌شده جهت اتخاذ رفتار پیشگیرانه شناسایی و راهکارهای عملی مناسب برای آن طراحی شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از نتایج طرح پژوهشی (کد ۹۳۴۱۷، سال ۱۳۹۳) می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی قم اجرا شده است. بدین وسیله از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی شهر قم که در جمع‌آوری اطلاعات نقش به‌سزایی داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بهداشتی، به‌عنوان منابع اطلاعات بهداشتی می‌تواند بر باورهای بهداشتی و رفتار تأثیرگذار باشند (۲۴، ۲۵). مطالعه Dutta-Bergman، استفاده از رسانه‌های جمعی را به‌عنوان یک منبع اطلاعات بهداشتی موفق در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها و رفتارهای غربالگری معرفی کرده است (۲۶). از آنجا که منابع اطلاعات بهداشتی در گروه‌های مختلف سنی و جنسی ممکن است متفاوت و دارای تنوع باشد، لذا برای ارتقای رفتار مرتبط با سلامت، علاوه بر در نظر گرفتن نقش این منابع اطلاعاتی، نوع آن نیز باید مورد توجه برنامه‌ریزان امر سلامت قرار گیرد، تا مؤثرترین آنها انتخاب و در جهت خدمات مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرند. در بین متغیرهای دموگرافیک تنها سن با رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی دارای ارتباط معنی‌دار آماری بود، به‌گونه‌ای که زنان گروه سنی بالای ۴۰ سال، اقدامات پیشگیرانه بیشتری در زمینه بیماری‌های قلبی - عروقی گزارش کردند. در مطالعه Gloria و همکاران (۲۷) نیز مشاهده گردید سن، ارتباط مستقیمی با رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی - عروقی دارد و زنان بیشتر از ۳۵ سال، فعالیت فیزیکی بیشتری داشته و کلسترول و فشار خون خود را بیشتر چک می‌کردند.

از محدودیت‌های این مطالعه، انجام آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی قم بود که امکان مشارکت سایر زنان جامعه در مطالعه را محدود می‌کرد.

References:

1. Heron M. Deaths: leading causes for 2010. National vital statistics reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Nati Vital Stat Syst 2013;62(6):1-97.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet no. 317. Genova: World Health Organization; 2015.
3. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone GD, et al. Heart disease and stroke statistics 2010 update a report from the American Heart Association. Circulation 2010;121(7):46-215.
4. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics: A report from the American Heart Association. Circulation 2013;127(1):6-245.
5. Azizi F, Emami H, Salehi P, Ghanbarian A, Mirmiran P, Mirblouki MR. Risk Factors for cardiovascular disease in elderly. Iran J Endocrinol Metabol 2008;5(1):3-13. [Full Text in Persian]
6. Hayman LL, Meiningner JC, Daniels SR, McCrindle BW, Helden L, Ross J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease in nursing practice: Focus on children and youth. Circulation 2007;116(3):344-57.

7. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. AHA Statistical update: Heart disease and stroke statistics-2009 update. American Heart Association; 2009.
8. Moran B, Walsh T. Cardiovascular disease in women: How nurses can promote awareness and prevention. *Nurs Womens Health* 2013;17(1):63-8.
9. Liburd LC, Jack LJ, Williams S, Tucker P. Intervening on the social determinants of cardiovascular disease and diabetes. *Am J Prev Med* 2005;29(1):18-24.
10. Lynch EB, Liu K, Kiefe CI, Greenland P. Cardiovascular disease risk factor knowledge in young adults and 10-year change in risk factors: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Epidemiol* 2006;164(12):1171-9.
11. O'Donnell MP. A simple framework to describe what works best: Improving awareness, enhancing motivation, building skills, and providing opportunity. *Am J Health Promot* 2005;20(1):1-7.
12. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 42-62.
13. National Cancer Institute. Theory at a glance: A guide for health promotion practice. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2003. p. 169-75.
14. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Commun* 2010;25(8):661-9.
15. Ali NS. Prevention of coronary heart disease prevention behaviors in women: A test of the health belief model. *Women Health* 2002;35(1):83-96.
16. Baghianimoghadam MH, Mirzaei M, Rahimdel T. Role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at risk of cardiovascular diseases. *Health Syst Res* 2013;8(7):1151-58. [Full Text in Persian]
17. Winham DM, Jones KM. Knowledge of young African American adults about heart disease: A cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2011;11:248.
18. Erhardt LR. Managing cardiovascular risk: Reality vs. perception. *Europ Heart J* 2004;7(1):11-15.
19. Rahmati-Najarkolaei F, Tavafian SS, Gholami Fesharaki M, Jafari MR. Factors predicting nutrition and physical activity behaviors Due to cardiovascular disease in Tehran University Students: Application of health belief model. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(3):18879.
20. Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethn Dis* 2009;19(1):35-41.
21. Chiou AS, Wang HL, Chan P, Ding YA, Hsu KL, Kao HL. Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Northern Taiwan. *J Nurs Res* 2009;17(3):221-9.
22. Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, et al. National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation* 2006;113(4):525-34.
23. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: Results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation* 2013;127(11):1254-63.
24. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
25. Ford BM, Kaphingst KA. Lay interpersonal sources for health information related to beliefs about the modifiability of cancer risk. *Cancer Causes Control* 2009;20(10):1975-83.
26. Dutta-Bergman MJ. Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: The role of communicative and motivation variables. *Health Commun* 2005;17(1):1-16.
27. Coronado GD, Woodall ED, Do H, Li L, Yasui Y, Taylor VM. Heart disease prevention practices among immigrant vietnamese women. *J Womens Health* 2008;17(8):1293-300.

Predictors of Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases: Based on Health Belief Model in Women Referred to Health Treatment Centers in Qom City, 2014, Iran

***Tahereh Rahimi¹, Sarallah Shojaei^{2*}, Zahra Mousavi Miyandashti³,
Zahra Jafary Nodoushan⁴, Mohsen Farahabadi⁵***

¹Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

²Nekoei Therapeutic Educational Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Health center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴International Campus, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁵Faculty of Paramedical Sciences, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

***Corresponding Author:**
Sarallah Shojaei, Nekoei Therapeutic Educational Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
sarallahshojaei@gmail.com

Received: 27 Jun, 2015

Accepted: 12 Jul, 2015

Abstract

Background and Objectives: Cardiovascular diseases are one of the major cause of death in women and men worldwide, while these disease are largely preventable if necessary measures are taken. The present study aimed to determine the predictors of preventive behaviors of cardiovascular disease, based on Health Belief Model in women referred to health treatment centers in Qom city.

Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 204 women referred to health treatment centers of Qom city in 2014. Sampling was done by cluster sampling method, and data were collected using Health Belief Model-based questionnaire. Data analysis was carried out using statistical tests, including Pearson's correlation, one-way ANOVA, independent T, and linear regression. The significance level was considered as $p < 0.05$.

Results: In This study, among the Health Belief Model constructs, perceived susceptibility ($p=0.005$), perceived severity ($p=0.042$), and self-efficacy ($p=0.003$), 20% of variance of preventive behaviors of cardiovascular disease was predicted in women referred to health treatment centers in Qom city.

Conclusion: According to the results of the present study, in order to design preventive programs for cardiovascular diseases, considering the perceptions, such as perceived susceptibility, perceived severity, and self-efficacy, increase the likelihood of interventions' success.

Keywords: Cardiovascular diseases; Health belief model; Cardiovascular diseases-prevention and control; Qom, Iran.