

بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشار خون با مدل اعتقاد بهداشتی

سید محمد مهدی هزاوه‌ای^۱ (Ph.D)، سعید دشتی^{۲*} (Ph.D Student)، بابک معینی^۳ (Ph.D)، جواد فردمال^۴ (Ph.D)، رضا شهرآبادی^۵ (Ph.D Student)، امیرحسین یزدی^۶ (M.D)

- ۱- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۴- گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۵- آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۶- گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: فشار خون یک بیماری مزمن بدون علامت است که از هر سه نفر بزرگسال در سراسر دنیا یک نفر را مبتلا کرده است این بیماری قابل درمان نیست ولی لازم است مدیریت شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشار خون با مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۲۹۸ نفر از بیماران فشار خونی بالای ۳۰ سال روستاهای شهرستان همدان انجام شد. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام گرفت. بیماران به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش دهی و مصاحبه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه مدل اعتقاد بهداشتی، سؤالات آگاهی، رفتارهای خودمراقبتی و متغیرهای دموگرافیک بود. یافته‌ها: آزمون آماری رگرسیون بین سازه‌های موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنما برای عمل با رفتار خودمراقبتی رابطه معنی‌داری نشان داد ($P < 0/001$). از بین متغیرهای تعدیل‌کننده تنها جنس با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌داری داشت. بین میزان آگاهی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه بین موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی، لازم است که برنامه‌های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و با تأکید بر سازه‌های مؤثر بر انجام رفتارهای خود مراقبتی تدوین گردد.

واژه‌های کلیدی: مدل‌های آموزشی، پرفشاری خون، خودمراقبتی

مقدمه

با بیماری فشار خون بالا نام‌گذاری شود. از هر سه نفر بزرگسال در سراسر دنیا یک نفر فشار خون بالا دارد. این نسبت با سن افزایش می‌یابد، به طوری که یک نفر از هر ده نفر در دهه دوم و سوم زندگی به ۵ نفر از هر ۱۰ نفر در دهه پنجم

شیوع پرفشاری خون در دنیا به عنوان یک معضل و نگرانی بهداشتی باعث شده که عنوان روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۳ از طرف سازمان بهداشت جهانی (WHO) به نام مبارزه

مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) یکی از پرکاربردترین چارچوب‌های ادراکی استفاده شده در زمینه شناخت هر چه بهتر رفتارهای بهداشتی می‌باشد [۱۶]. مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه‌های زیادی از ارتقای سلامت و رفتارهای پیشگیری‌کننده از قبیل خودآزمایی پستان، کنترل فشار خون، انجام پاپ‌اسمیر، پیشگیری از سل، دیابت و بیماری‌های عروق کرونر استفاده شده است [۱۶]. مدل اعتقاد بهداشتی نقش عوامل تعدیل‌کننده (عوامل جمعیت‌شناختی، روانی اجتماعی و ساختاری)، ادراکات فردی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی) و عمل را در تعیین احتمال انجام رفتار مورد تأکید قرار می‌دهد [۱۶-۱۹] جهت انجام رفتار پیشگیری‌کننده از عوارض فشارخون (خودمراقبتی)، افراد باید نخست در برابر مسأله ابتلا به عوارض فشار خون احساس خطر نمایند (حساسیت). سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی اقتصادی درک کنند (شدت). هم‌چنین با علایم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی بدن خود دریافت می‌کنند (راهنماهای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از عوارض فشار خون را باور نمایند (منافع). عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع) و به توانایی‌های خودشان در مورد انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از عوارض فشار خون اطمینان داشته باشند (خودکارآمدی) تا در نهایت اقدام به رفتار پیشگیری‌کننده از عوارض فشار خون کنند [۲۰].

با توجه به اهمیت شناخت عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای خودمراقبتی فشار خون جهت طراحی مداخلات آموزشی مؤثر در جوامع روستایی، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری بیماران فشارخونی جهت انجام خودمراقبتی و تنظیم فشارخونشان با استفاده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عوامل جمعیت‌شناختی انجام شد تا با تقویت عوامل مؤثر و کاهش عوامل بازدارنده در این راستا شاهد کنترل بهتر این بیماری شایع، در جامعه باشیم.

زندگی می‌رسد [۱]. سالانه حدود ۵۰۰ میلیارد دلار و حدود ۴ درصد از تولید ناخالص ملی برای بیماری‌های غیر واگیر در کشورهای با درآمد کم و متوسط هزینه می‌شود که بیماری‌های قلبی عروقی از جمله فشار خون بالا تقریباً نیمی از هزینه ذکر شده را در بر می‌گیرد [۲]. از ۱۷ میلیون مرگ سالانه به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی [۳]، ۹/۴ میلیون مرگ در هر سال به دلیل عوارض ناشی از فشار خون بالا می‌باشد [۴] فشار خون بالا مسئول حداقل ۴۵ درصد مرگ و میر به علت بیماری‌های قلبی عروقی و ۵۱ درصد مرگ و میر به علت سکته را تشکیل می‌دهد [۳].

بعد از ابتلا به فشار خون کنترل آن اهمیت بسیاری پیدا می‌کند تا شانس ایجاد عوارض به واسطه فشار خون به حداقل مقدار خود برسد، با توجه به این‌که راه‌کارهای مشخص برای درمان و پیشگیری از فشار خون ارثه گردیده [۵-۸] که می‌توان به در دسترس بودن بیش از صد نوع داروی متفاوت فشار خون اشاره کرد، اما با این وجود هنوز میزان‌های گزارش شده برای کنترل فشار خون پایین می‌باشد [۹]. موفقیت کشوری مثل آمریکا در زمینه کنترل فشار خون تنها ۲۷ درصد بوده است که این مقدار در انگلستان، فرانسه و آلمان کم‌تر است [۱۰].

بیش‌تر تحقیقات متأسفانه به پرس و جو در مورد خوردن دارو محدود شده است [۱۱] و سهم عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری در زمینه خود مراقبتی فشار خون توسط بیمار ناچیز است [۱۲]، نتایج آنالیزهای آماری از مطالعات قبلی نشان داد که مداخلات خود مراقبتی در مورد بیماری فشار خون بسیار کارآمد بوده، به طوری که با استفاده از خود مراقبتی، فشار خون سیستمولیکی و دیاستولیکی به ترتیب ۵ و ۴/۳ میلی‌متر جیوه کاهش را نشان داد [۱۳].

واضح است که کنترل فشار خون به درجه معینی از خود مراقبتی نیاز دارد [۱۴]. خود مراقبتی شامل کنترل منظم فشار خون، کاهش نمک مصرفی، عدم مصرف سیگار، انجام ورزش، دوری از استرس، تغذیه سالم، کاهش وزن و مصرف مرتب داروهای تجویزی می‌باشد [۱۵].

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی بود که در زمستان سال ۱۳۹۱ و بهار ۱۳۹۲ بر روی ۲۹۸ نفر از بیماران فشار خونی روستایی شهرستان همدان که مایل به شرکت در مطالعه بودند، انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱- داشتن پرونده بهداشتی در خانه‌های بهداشت و ۲- حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون بود. معیارهای خروج شامل ۱- بیمار انتخاب شده هم‌راه با فشار خون دیابت هم داشته باشد، ۲- بیمار انتخاب شده دچار عارضه سکته قلبی یا مغزی شده باشد و ۳- بیمار فشار خونی قادر به فهم سولات و پاسخگویی نباشد، بود. تعداد نمونه‌ها با در نظر گرفتن $d=0/051$ ، $\alpha=0/05$ و p از مطالعه براتی و همکاران [۳۱] بر اساس نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی ضعیف برابر با ۱۹/۰ محاسبه گردید و به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و به منظور کاهش اثر این روش و به دلیل انجام نشدن طرح پایلوت، و با تخصیص مقدار ۱/۵ اثر طرح بر اساس مطالعات قبلی [۲۱] اندازه نمونه برابر ۳۴۱ نفر محاسبه شد. در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای صورت گرفت به طوری که مراکز بهداشتی-درمانی روستایی (۱۹ عدد) به صورت طبقه و روستاهای تحت پوشش هر طبقه به عنوان خوشه (۵۸ عدد) تقسیم گردیدند. سپس از هر طبقه بر اساس تعداد بیماران تحت پوشش یک یا دو یا سه خوشه به تصادف انتخاب و از درون هر خوشه بر مبنای فهرست افراد مبتلا به فشار خون زیر نظر خوشه مورد نظر، تعداد نمونه مورد نیاز به صورت تصادفی ساده بدون جای‌گذاری استخراج شد. اگر طبقه‌ای تنها شامل یک خوشه بود، آن خوشه انتخاب می‌گردید و در صورتی که طبقه‌ای بیش از یک خوشه داشت، به تناسب تعداد خوشه‌های آن طبقه به کل خوشه‌ها، ۱ تا ۳ خوشه انتخاب می‌گردید. در ضمن در صورتی که تعداد نمونه مورد نظر از خانه بهداشت انتخاب شده به حد نصاب نمی‌رسید (به دلیل معیارهای ورود و خروج از مطالعه) از خانه بهداشتی دیگر تحت پوشش همان طبقه گردآوری شد. به دلیل انجام فعالیت‌های مراقبتی و پیش

فشار خون به صورت فعال در خانه‌های بهداشت، بیماران جهت پر کردن پرسش‌نامه‌ها به خانه بهداشت دعوت شدند. تعدادی از بیماران از طریق تماس تلفنی و تعدادی از طریق رابطین بهداشتی به مطالعه دعوت شدن، لازم به ذکر است در صورت عدم حضور بیمار انتخاب شده بعد از دو بار تماس تلفنی بیمار دیگری از همان خوشه انتخاب شد. در صورت ورود بیماران به مطالعه توضیحات لازم در مورد نحوه پر کردن به آن‌ها داده می‌شد و بیماران در صورت داشتن تحصیلات، خودشان به پر کردن پرسش‌نامه‌ها می‌پرداختند، در مواردی که سطح سواد بیماران برای تکمیل پرسش‌نامه کافی نمی‌بود، افراد آموزش دیده اقدام به انتقال نظرات و پاسخ‌های آن‌ها به پرسش‌نامه‌ها می‌کردند.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای جمع‌آوری گردید که مشتمل بر متغیرهای دموگرافیک، سؤال‌های آگاهی و سؤال‌هایی در زمینه حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی بود. رضایت‌نامه کتبی نیز از افراد شرکت‌کننده در مطالعه اخذ شد.

روایی ظاهری و محتوایی پرسش‌نامه محقق ساخته مدل اعتقاد بهداشتی با استفاده از نظر متخصصین آموزش بهداشت، متخصص قلب و عروق و چند تن از بیماران فشار خونی روستایی تعیین و تأیید شد. جهت سنجش پایایی سوالات پرسش‌نامه، اطلاعات لازم از ۳۰ نفر از بیماران فشار خونی روستایی که جزء افراد مورد مطالعه نبودند جمع‌آوری گردید میزان آلفای کرونباخ سازه‌های مورد مطالعه در محدوده مورد قبول ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ به دست آمد. سنجش آگاهی به وسیله ۱۲ سوال که به صورت تعدیل یافته [۲۲، ۲۳] و به صورت گزینه بله خیر و نمی‌دانم تهیه شده بود سنجیده شد. سوالات و امتیازات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی عبارت بود از: همگی سوالات بر اساس طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای (موافقم، نظری ندارم و مخالفم) به دلیل درک مشکل از طیف گسترده‌تر سنجیده شد، حساسیت درک شده با ۵ سوال و حداقل و حداکثر امتیازات ۵-۱۵، شدت درک شده ۶ سوال ۶-۱۸

بود (لازم به ذکر است که تعداد ۳۷۰ پرسش‌نامه توزیع شد و از این تعداد ۲۹۸ پرسش‌نامه به صورت کامل عودت داده شد). اغلب پاسخگویان، را زنان تشکیل می‌دادند (۶۸/۸ درصد). ۶۸ درصد میانگین (انحراف معیار) سنی مردان و زنان به ترتیب ۶۴/۷۱ (۱۳/۳۷)، و ۶۰/۸۷ (۱۱/۶۰) بود. وضعیت متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی به ترتیب بیش از ۷۲ درصد بی‌سواد، ۱۹/۵ درصد ابتدایی و ۵/۴ درصد راهنمایی، بیش از ۷۲ درصد متأهل و ۲۶/۹ درصد همسر فوت شده و بیش از ۵۸ درصد وضعیت اقتصادی ضعیفی را گزارش دادند (وضعیت اقتصادی به وسیله تصور فرد از درآمد خود بر اساس طیف لیکرت ۴ امتیازی عالی، خوب، متوسط و ضعیف سنجیده شد). در بررسی میزان مشاغل ۶۷/۱ درصد خانه‌دار، ۱۴/۵ درصد کشاورز و دامدار، ۱۰ درصد بیکار و بازنشسته و از نظر سنی، اغلب (۷۵ درصد) بیماران فشار خونی در رده سنی ۵۰ تا ۸۰ سال بودند.

میانگین و حداکثر نمره قابل اکتساب رفتارهای خودمراقبتی و آگاهی شرکت‌کنندگان در مطالعه به ترتیب ۱۲/۴۷، ۸/۵۹ و ۶۹/۲۷، ۷۱/۵۸ درصد بود (جدول ۱). نتایج آزمون رگرسیون خطی نشان داد که سازه‌های موانع درک شده ($P < 0.001$) در جهت منفی و خودکارآمدی ($P < 0.001$) و راهنما برای عمل ($P < 0.001$) با رفتارهای خودمراقبتی رابطه آماری معنی‌داری در جهت مثبت دارند (جدول ۲).

یافته‌ها بیانگر آن بود که بین جنس و رفتارهای خود مراقبتی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). و نیز بین آگاهی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). (جدول ۲).

گزارش کامل توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب رعایت رفتارهای خود مراقبتی در جدول شماره ۳ آورده شده است. با توجه به نتایج جدول ۳ بیش‌ترین میزان رعایت رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به رفتارهای عدم استعمال دخانیات (۸۶/۱ درصد)، اقدام به اندازه‌گیری

امتیاز، موانع درک شده ۵ سوال ۵-۱۵ امتیاز، منافع درک شده ۷ سوال ۷-۲۱ امتیاز، خودکارآمدی ۱۰ سوال ۱۰-۳۰، راهنما برای عمل ۷ سوال ۷-۲۱ امتیاز بود. برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی از پرسش‌نامه رفتارهای خودمراقبتی بیماری‌های مزمن استفاده شد [۲۴] در ضمن با مشورت متخصص قلب و عروق بعضی از سوالات تغییر نمود و مطابق با شرایط بیماران فشارخونی روستایی تنظیم گردید. روایی پرسش‌نامه در حد قابل قبولی بود و نمره آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ به دست آمد.

این سؤال‌ها به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به فشار خون بالای خود را در یک هفته گذشته گزارش کنند. رفتارهای خودمراقبتی شامل: عدم استعمال دخانیات، ورزش روزانه، اقدام به اندازه‌گیری فشار خون، کنترل مرتب وزن، پرهیز از خوردن غذاهای پرچرب، استفاده از روغن مایع برای پخت و پز، مصرف مرتب دارو، استفاده از میوه و سبزی و کاهش مصرف نمک در قالب ۹ سوال بود که با گزینه‌های «خیر»، «بلی»، «گاهی» و «بلی، همیشه» پاسخ داده می‌شدند. به گزینه بلی همیشه امتیاز ۲، به گزینه بلی گاهی امتیاز ۱ و به گزینه خیر امتیاز صفر داده می‌شد نمرات پرسش‌نامه رفتارهای خودتنظیمی فشار خون از صفر تا ۱۸ متغیر است پس از نمره‌گذاری به سوالات پرسش‌نامه، و بر اساس امتیازات کسب شده به سه دسته خوب (۱۲-۱۸)، متوسط (۶-۱۲) و ضعیف (۰-۶) تقسیم‌بندی می‌شد، به طوری که امتیاز بالا نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد در انجام رفتارهای خودتنظیمی فشار خون است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و برای برازش مدل رگرسیونی از نرم‌افزار R نسخه ۳، ۱، ۲، استفاده گردید.

نتایج

در این مطالعه ۲۹۸ نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون شرکت نمودند که میزان پاسخگویی آنان بیش از ۸۸ درصد

فشار خون در یک ماه گذشته (۸۴/۵ درصد) و مصرف مرتب دارو (۶۵/۵ درصد) و کم‌ترین میزان رعایت رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به ورزش منظم روزانه (۸/۹ درصد)، استفاده از روغن مایع جهت پخت و پز (۳۸/۸ درصد) و مصرف میوه و سبزیجات (۴۰/۹ درصد) می‌باشد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، دامنه نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از حداکثر نمره
رفتارهای خودمراقبتی	۱۲/۴۷	۳/۲۱	۱۸-۰	۶۹/۲۷
آگاهی	۸/۵۹	۲/۰۸	۱۲-۰	۷۱/۵۸
حساسیت درک شده	۱۳/۵۷	۱/۶۱	۱۵-۵	۹۰/۴۶
شدت درک شده	۱۶/۲۹	۲/۱۹	۱۸-۶	۹۰/۵
موانع درک شده	۱۰/۹۶	۲/۷۳	۱۵-۵	۷۳/۰۶
منافع درک شده	۱۹/۸۴	۱/۹۴	۲۱-۷	۹۴/۷۴
خودکارآمدی	۲۲/۷۸	۴/۰۶	۳۰-۱۰	۷۵/۹۳
راهنما برای عمل	۱۸/۵۹	۲/۶۳	۲۱-۷	۸۸/۵۲

جدول ۲: شاخص‌های تحلیل رگرسیون خطی بر اساس متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	B	SE	P
حساسیت درک شده	-۰/۰۵۳	۰/۱۲۱	۰/۶۵۸
شدت درک شده	۰/۱۰۵	۰/۰۸۶	۰/۲۲۳
موانع درک شده	-۰/۲۱۹	۰/۰۶۰	<۰/۰۰۱
منافع درک شده	-۰/۰۲۲	۰/۰۹۸	۰/۸۱۹
خودکارآمدی	۰/۲۶۲	۰/۰۴۳	<۰/۰۰۱
راهنما برای عمل	۰/۲۴۹	۰/۰۶۷	<۰/۰۰۱
آگاهی متوسط	۰/۰۸۸	۰/۴۴۱	۰/۸۴۰
آگاهی بالا**	۰/۳۸۶	۰/۴۰۱	۰/۳۳۵
سطح تحصیلات ابتدایی***	۰/۰۳۴	۰/۴۵۰	۰/۹۴۴
سطح تحصیلات راهنمایی و بالاتر	-۰/۷۱۸	۰/۶۴۹	۰/۲۶۹
وضعیت اقتصادی خوب و عالی***	-۰/۱۷۲	۰/۴۱۱	۰/۶۷۵
وضعیت تاهل (مجرد-بیوه)****	-۰/۲۸۲	۰/۴۳۷	۰/۵۱۸
سن ۴۰-۵۰	۱/۷۸۶	۱/۱۸۶	۰/۱۳۳
سن ۵۰-۶۰	۰/۹۳۰	۱/۱۸۵	۰/۴۳۲
سن ۶۰-۷۰	۱/۸۹۱	۱/۲۱۰	۰/۱۱۹
سن ۷۰-۸۰	۲/۱۰۸	۱/۲۴۴	۰/۰۹۱
سن > ۸۰*****	۲/۴۰۶	۱/۳۳۷	۰/۰۷۳
جنسیت (مرد)*****	-۱/۷۳۳	۰/۳۹۷	<۰/۰۰۱

متغیر پاسخ: رفتارهای خودمراقبتی * رفرنس: آگاهی کم ** رفرنس: بیسواد *** رفرنس: ضعیف **** رفرنس: متاهل ***** رفرنس: زن

رفرنس: > ۴۰ ***** رفرنس: زن

جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب رعایت رفتارهای خود مراقبتی

رفتار خود مراقبتی	بلی همیشه تعداد (درصد)	بلی، گاهی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)
عدم استعمال دخانیات	۴۱ (۱۳/۹)	-	۲۵۵ (۸۶/۱)
ورزش روزانه	۲۶ (۸/۹)	۱۳۴ (۴۵/۷)	۱۳۳ (۴۵/۴)
اقدام به اندازه گیری فشارخون در یک ماه گذشته	۲۵۰ (۸۴/۵)	-	۴۶ (۱۵/۵)
کنترل مرتب وزن	۱۳۲ (۴۴/۷)	۱۳۳ (۴۵/۱)	۳۰ (۱۰/۲)
پرهیز از خوردن غذاهای پرچرب	۱۳۶ (۴۶/۱)	۱۴۳ (۴۸/۵)	۱۶ (۵/۴)
استفاده از روغن مایع برای پخت و پز	۱۱۴ (۳۸/۸)	۱۴۹ (۵۰/۷)	۳۱ (۱۰/۵)
مصرف مرتب دارو	۱۹۴ (۶۵/۵)	۸۹ (۳۰/۱)	۱۳ (۴/۴)
مصرف میوه و سبزیجات	۱۲۱ (۴۰/۹)	۱۶۶ (۵۶/۱)	۹ (۳)
مصرف کم نمک	۱۴۷ (۴۹/۸)	۱۳۵ (۴۵/۸)	۱۳ (۴/۴)

بحث و نتیجه گیری

بیماری پرفشاری خون یکی از بیماری‌هایی است که شیوع بالای آن در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی که بر ارگان‌های بدن وارد می‌کند، این بیماری را به مشکل بهداشتی در کلیه جوامع تبدیل کرده است، بنابراین این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران فشارخونی با استفاده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر روی ۲۹۸ نفر از بیماران انجام گردید.

نتایج نشان داد که بین سه متغیر موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنما برای عمل با متغیر رفتار خود مراقبتی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد به طوری که به ازای هر واحد افزایش متغیر خودکارآمدی و متغیر راهنما برای عمل، متغیر خودمراقبتی به ترتیب ۰/۲۶۷ و ۰/۲۷۷ افزایش و به ازای هر واحد کاهش متغیر موانع درک شده، متغیر خودمراقبتی ۰/۲۹۶ افزایش می‌یابد. موانع درک شده و خودکارآمدی با نتایج مطالعه باقیانی مقدم و همکارانش تحت عنوان نقش اعتقادات بهداشتی در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری قلبی - عروقی در افراد در معرض خطر در یزد همسو بود [۲۵]. نتایج مطالعه مظلومی و همکارانش [۲۶] نیز تحت عنوان رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری دیابت در افراد در معرض خطر نیز با نتایج این بررسی در زمینه وجود رابطه بین موانع درک شده و خودکارآمدی با

رفتار پیشگیری‌کننده همسو بود. مطالعه بوند و همکاران، در زمینه وجود هم‌بستگی بین راهنما برای عمل و رفتارهای پیروی از رژیم غذایی همسو با نتایج مطالعه بود [۲۷]. در مطالعه حاضر بالاترین میزان موانع درک شده مربوط به رعایت رژیم غذایی مخصوص افراد فشارخونی و عدم آگاهی در زمینه کنترل فشارخون بود. کم‌ترین میزان خودکارآمدی بیماران مربوط به انجام ورزش منظم در طول هفته و کنترل استرس و اضطراب بود و بالاترین میزان راهنما برای عمل درک شده مربوط به تشویق بیمار به انجام خودمراقبتی از طرف بهورز و پزشک بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی هم‌بستگی وجود ندارد. که با نتایج مطالعه مظلومی و همکاران همسو می‌باشد [۲۶] و با نتایج مطالعات باقیانی مقدم [۲۵] و ایمانی‌پور [۲۸] همسو نمی‌باشد. این یافته یادآوری می‌کند که افزایش آگاهی افراد در معرض خطر عوارض فشارخون لزوماً منجر به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی از آن نخواهد شد. به منظور رسیدن به خودمراقبتی بلندمدت، ایجاد تغییر در نگرش‌ها و انگیزش افراد، مهم‌تر از افزایش آگاهی به تنهایی است [۲۹، ۳۰]. در این مطالعه بیش از ۳۷ درصد از بیماران فشارخونی در زمینه آگاهی از بیماری فشارخون، آگاهی در حد ضعیف داشتند و میزان آگاهی کلی نمونه‌های مورد بررسی ۷۱/۵۸ بود. نتایج

وجود دارد و افزایش خودکارآمدی که انعکاسی از موانع می‌باشد بیش‌تر تلاش شود جهت افزایش خودکارآمدی می‌توان از استراتژی‌هایی از قبیل استفاده از روش نمایش، کاهش استرس و شکستن رفتار پیچیده به مراحل کوچک‌تر و قابل انجام استفاده کرد [۱۶] و نیز در زمینه آموزش به بیماران فشار خونی می‌توان از پرسنل بهداشتی اعم از بهورزخانه بهداشت و پزشک مرکز که به عنوان مشوق برای انجام رفتارهای خودمراقبتی شناخته شده‌اند (راهنما برای عمل)، استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین و پرسنل کلیه مراکز بهداشتی - درمانی که در انجام مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۹۱۱۱۲۴۴۰۵۴ انجام شد.

منابع

- [1] World Health Organization (WHO). World health day. 2013 [On Line]. Available From: <http://www.who.int/world-health-day/en/>
- [2] The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. World economic forum and the Harvard school of public health, 2011.
- [3] Causes of Death 2008 [online database]. Geneva, World Health Organization
Http: [//www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
- [4] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380 (9859): 2224-60
- [5] Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization - international society of hypertension Guidelines for Management of hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-183.
- [6] Guidelines committee. 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-1053.
- [7] The joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the joint national committee

نشان داد که کم‌ترین میزان آگاهی بیماران در زمینه درمان فشار خون و تأثیر غذاهای پرچرب بر روی فشار خون بود.

بر اساس یافته‌های پژوهش، بین میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی فشار خون با جنس رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد. نتایج گویای این واقعیت است که این رفتارها در بین زنان بهتر از مردان انجام می‌شود. در توضیح این مطلب می‌توان گفت که زنان به دلیل اختلاف در نقش و پایگاه‌های اجتماعی که نسبت به مرد بر عهده دارند و نیز به دلیل وقت بیشتر تر بهتر می‌توانند این رفتارها (از قبیل داشتن ورزش منظم، پایش منظم فشار خون و وزن) را انجام دهند. این نتایج با مطالعه براتی و همکارانش [۳۱] و مطالعه باقیانی مقدم [۳۲] همسو و با مطالعه باقیانی مقدم و همکارانش [۲۵] همسو نمی‌باشد.

نتایج نشان داد که بین میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی فشار خون با میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه براتی [۳۱] و مظلومی [۲۶] همسو نمی‌باشد.

محدودیت‌های تحقیق استفاده از پرسش‌نامه و روش خودگزارشی بود. مشکلات مربوط به همکاری جامع مسئولین، و عدم تمایل تعدادی از نمونه‌ها هم از دیگر محدودیت‌ها بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که، ضعف انجام رفتارهای خودمراقبتی با ناکافی بودن خودکارآمدی درک شده و راهنما برای عمل درک شده مرتبط بود. هم‌چنین بیماران، موانع درک شده متعددی برای انجام رفتارهای خود مراقبتی درک کرده بودند. مدل اعتقاد بهداشتی یک چهارچوب مفهومی مفیدی ارائه می‌دهد تا بفهمیم که افراد شرایط بیماری خود را چگونه درک می‌کنند و چگونه می‌توان آن‌ها را جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی ترغیب کرد.

نتایج به‌دست آمده از این مطالعه می‌تواند به بهبود برنامه‌های آموزشی که در آینده نگرش‌ها و رفتارها را مورد توجه قرار می‌دهند کمک کند، لذا پیشنهاد می‌شود مدیریت برنامه‌های آموزشی جهت ارائه آموزش موثر به گونه‌ای باشد که با کاهش موانعی که ناگزیر در مسیر انجام خودمراقبتی

- [21] Miri-Moghaddam E, Eshghi P, Sanei Moghaddam E, Hashemi SM. Prevalence of hemoglobinopathies in Sistan and Balouchistan province in the southeast of Iran. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* 2013; 9(4): 406-413
- [22] Shane S, Paul M, Lumie K, Amanda H, Karen B. DeSalvo. Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethnicity & Disease* 2008 winter; 18(1):42-7.
- [23] Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad AG, Bashir S. Association between knowledge and drug adherence in patients with hypertension in quetta, pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research* April 2011; 10(2): 125-132.
- [24] Agha Molaei T, Eftekhari H, Mohammad K. Application of health belief model to behavior change of diabetic patients. *Payesh*. 2005; 4(4):263-269. [In Persian.]
- [25] Baghianimoghadam M H, Mirzaei M, Rahimdel T. Role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at risk of cardiovascular diseases. *Journal of Health Systems Research* 2012; 8(6): 1151-1158. [In Persian.]
- [26] Mazlomi Ss, Mirzaei A, Afkhami Ardakani M, Baghianimoghadam M H, Falahzadeh H. The role of health beliefs in preventive behaviors in people with type 2 diabetes at risk. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2010; 18(1): 24-31. [In Persian.]
- [27] Bond GG, Aiken LS, Somerville SC. The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* 1992; 11(3): 190-8.
- [28] Imanipour M, Bassampour SH, Haghani H. Relationship between preventive behaviors and knowledge regarding cardiovascular diseases. *Hayat* 2008; 14(2): 41-50. [In Persian.]
- [29] Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Mathers JC, Alberti KG. Randomized controlled trial evaluating lifestyle intervention in people with impaired glucose tolerance. *Diab Res Clin Pract* 2006; 72: 117-27.
- [30] Imai S, Kozai H, Narruse Y, Watanabe K, Fukui m, Hasegawa G, et al. Randomized controlled trial of two forms of self-management group education in Japanese people with impaired glucose tolerance. *J Clin Biochem Nutr* 2008; 43: 82-87.
- [31] Barati M, Darabi D, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-regulation behaviors of hypertension and related factors among hypertensive patients. *Journal of Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Fars*, 2011; 3 (1): 60-66. [In Persian.]
- [32] Baghiyani Moghaddam MH, Ayzazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H. Factors in relation with self-regulation of hypertension, based on the model of goal directed behavior in Yazd city. *J Birjand Uni Med Sci* 2007; 15(3):78-87. [In Persian.]
- on Prevention Detection. Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*. 1997; 157:2413-2446.
- [8] Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289(19):2560-2571.
- [9] Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension? Poor compliance is only part of the story. *J Clin Hypertens* 2001; 3(3): 179-182.
- [10] Burt VL, Culter JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995; 26(1):60-69.
- [11] Burke LE, Dunbarjacob JM, Hill MN. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: A review of the research. *Ann Behav Med* 1997; 19(2): 239-263.
- [12] Stahl SM, Grim CE, Donald C, Neikirk HJ. A model for the social sciences and medicine: The case for hypertension. *Soc Sci Med* 1975; 9(1): 31-38.
- [13] Chodosh J. Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Ann Intern Med* 2005; 143(6):412-427.
- [14] Bagozzi RP. The self-regulation of attitudes, intentions and behavior. *Soc Psychol Q* 1992; 55(3): 178-204.
- [15] Non-Communicable Diseases. Available From: <http://www.emro.who.int/ncd/eman-oman-background.htm>.
- [16] Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory Research and Practice* 2002; 3: 45-62.
- [17] Glasgow RE, Hampson SE, Strycker LA, Ruggiero L. Personal-model beliefs and social/environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care* 1997; 20: 556-61.
- [18] Duncan B, Hart G, Scoular A, Bigrigg A. Qualitative analysis of psychosocial impact of diagnosis of Chlamydia trachomatis: implications for screening. *BMJ* 2001; 322: 195-9.
- [19] White MP, Riazi A, Eiser C, Hammersley S, Eiser JR, MacLeod K, et al. Interpreting the risks of diabetic renal disease: perspectives of those most at risk. *Psychol Health* 2002; 17: 33-50.
- [20] Khosravi S, Jahani F, Gazerani N, Eshtrati B, Moghimi M. Determining knowledge and attitude of students in Arak University of medical sciences about Ecstasy based on Health Belief Model in 2006. *J Arak Univ Med Sci* 2007; 10(2): 15-20. [In Persian.]

Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model

Sayed Mohammad Mehdi Hazavehei (Ph.D)¹, Saeid Dashti (Ph.D Student)*², Babak Moeini (Ph.D)³, Javad Faradmal (Ph.D)⁴, Reza Shahrabadi (Ph.D Student)⁵, Amir Hossain Yazdi (M.D)⁶

1 - Research Center for Health Sciences & Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2 - Health education and health promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3 - Social Determinants of Health Research Center & Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4 - Dept. of Vital Statistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

5 - Health education and health promotion, Tehran University of Medical Sciences, tehran, Iran

6 - Dept. of Cardiology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

(Received: 23 Jul 2013; Accepted: 26 Jul 2015)

Introduction: Hypertension is a chronic asymptomatic disease that one out of three adults is infected worldwide. This study was performed to determine the factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model (HBM). The disease is not curable, though it is necessary to be managed. The study was performed to determine the factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on HBM.

Materials and Methods: This descriptive-analytic study (cross-sectional) was carried out for 298 hypertensive patients over 30 years of age residing at rural villages of Hamadan province. Sampling was conducted by a multi-stage method. The patients were selected by simple random method. Questionnaires were filled by self-report and interviews. Data gathering tool was questionnaire based on HBM, knowledge of self-care behaviors and demographic variables questions.

Results: Regression test showed statistically significant relationship between perceived barriers, self-efficacy and cues to action with self-care behaviors ($P < 0.001$). Among regulating variables, only age was significantly associated with the self-care behavior. There was no significant relationship between knowledge, education, economic status and self-care behavior ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the relationship between perceived barriers, cues to action and self-efficacy with self-care behaviors, it would be warranted to perform educational plans based on health belief model, emphasizing on factors influencing self-care behaviors.

Keywords: Hypertension, Self-care, Models educational

* Corresponding author. Tel: +98 9151067166
saeeddashty88@yahoo.com