

منافع و موانع درک شده رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکت قلبی

زهرة رهائی^۱، دکتر محمدعلی مروتنی شریف آباد*^۲، مهدی زارعیان^۳، جواد شجاع فرد^۴، سهیلا لسان^۵

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس. ۲- دانشیار آموزش بهداشت، گروه آموزشی مبارزه با بیماری‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۴- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۵- کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات قلب و عروق شهر یزد.

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی علت ۶۷ درصد مرگ‌ها در کشور هستند. برای پیشگیری و درمان این بیماری‌ها علاوه بر درمان دارویی، تغییر عادات زندگی اهمیت زیادی دارد. اگر بیماران منافع رفتارهای پیشگیری کننده را درک نمایند؛ موانع این رفتارها ضعیف جلوه می‌نماید و احتمال انجام رفتارها بیشتر می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین وضعیت درک منافع و موانع رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکت قلبی و ارتباط آن با انجام این رفتارها در بیماران با سابقه سکت قلبی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۱۰۰ بیمار با سابقه سکتی قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات قلب و عروق یزد در سال ۱۳۸۶ که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند؛ انجام گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر سازه‌های منافع، موانع و رفتارهای پیشگیری کننده از سکت بود که روایی و پایایی آن تأیید شده و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-13 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره آزمودنی‌ها در سازه منافع ۳۰/۲۴ (از ۳۶)، در موانع ۲۲/۰۷ (از ۶۸) و در رفتارهای پیشگیری کننده ۲۴/۴۸ (از ۳۷) بود. رفتار با موانع همبستگی معکوس داشت و با منافع خالص همبستگی مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد علی‌رغم سطح خوب منافع درک شده بیماران از رفتارهای پیشگیری کننده از سکت قلبی؛ اما همچنان موانع انجام این رفتارها قابل توجه می‌باشد. لذا برطرف نمودن موانع انجام این رفتارها تاحدامکان برای اتخاذ رفتارهای سالم و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سکت قلبی، پیشگیری، عود، منافع درک شده، موانع درک شده

* نویسنده مسؤول: دکتر محمدعلی مروتنی شریف آباد، پست الکترونیکی morowaty@yahoo.com

نشانی: یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه مبارزه با بیماری‌ها، تلفن ۰۳۵۱-۶۲۴۰۶۹۱، نامبر ۶۲۳۸۵۵۵
وصول مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۱، اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۱۰/۱۱، پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۲۹

مقدمه

بیماری قلبی یک بیماری مزمن و پیشرونده است و پیشگیری ثانویه آن به درستی در ایران اجراء نمی شود. علاوه بر درمان دارویی، تغییر عادات زندگی از اهمیت زیادی برخوردار است. از طرفی اهمیت دادن به پیشگیری در بیمارانی که سابقه بیماری قلبی دارند؛ نسبت به کل جمعیت ارجحیت دارد. زیرا احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران از تغییر سبک زندگی به بهترین وجه بهره ببرند و چنین به نظر می رسد که برای پذیرش تغییر در سبک زندگی انگیزه بسیار بالاتری دارند (۱).

الگوی اعتقاد بهداشتی که در ابتدا به وسیله گروهی از روان‌شناسان در دهه ۱۹۵۰ ارایه شد؛ برای بررسی این موضوع بود که چرا عده‌ای از مردم خدمات پیشگیری را به کار می گیرند و عده‌ای این رفتار را ندارند. فرض این محققین آن بود که مردم از بیماری‌ها می ترسند و به واسطه درجه ترس و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل به رفتارهای بهداشتی برانگیخته می شوند؛ به شرطی که کاهش احتمالی ترس مهم‌تر از موانع عملی و روانی آن باشد (منافع خالص) (۲). سازه‌های منافع و موانع درک شده برای بیشتر تئوریهای رفتار بهداشتی معمول هستند و عناصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشند (۳-۵).

در الگوی اعتقاد بهداشتی چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش‌بینی شده غلبه کند؛ احتمال بروز رفتار کمتر می شود (۶). عمل اشخاص به وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می شود (۷). این مفهوم در الگوی ارزیابی شخص از منافع منهای موانع، عمل را ارایه می نماید (منافع خالص) (۸). افراد باید تأثیر عمل و جنبه بالقوه منفی عمل را برآورد نمایند. تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است در جایی اتفاق بیفتد که افراد اثر عمل را در برابر موانع آن نظیر هزینه بالا، خطرناکی، نامطبوع بودن، ناراحت کننده، وقت گیر و دور از مکان اصلی بودن، ارزیابی نمایند (۹).

با توجه به این که در بیمارانی با سابقه سکنه قلبی، تغییر در سبک زندگی و رعایت رفتارهای پیشگیری کننده عامل بسیار مهمی در جلوگیری از سکنه قلبی مجدد است؛ مطالعه حاضر

با هدف تعیین وضعیت منافع رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکنه قلبی و موانع انجام این رفتارها و رابطه آنها با وضعیت انجام این رفتارها انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی تمامی ۱۱۳ بیمار با سابقه سکنه قلبی که در مرکز تحقیقات قلب و عروق شهر یزد طی سال ۱۳۸۶ دارای پرونده بودند و سن زیر ۷۰ سال داشتند؛ با استفاده از روش نمونه گیری آسان بررسی شدند. قابل ذکر است که ۱۳ نفر از بیماران واجد شرایط به دلیل عدم همکاری یا عدم دسترسی به شماره تلفن یا آدرس از جامعه مورد مطالعه حذف شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۱۰۰ بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌ای که سازه‌های منافع درک شده، موانع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکنه قلبی را اندازه گیری می کرد؛ جمع آوری گردید.

تعداد سؤالات مربوط به منافع درک شده ۹ سؤال، موانع درک شده ۱۷ سؤال و رفتارهای پیشگیری کننده شامل سیگار کشیدن و اعتیاد به مواد مخدر ۴ سؤال، تحرک بدنی ۲ سؤال، عادات تغذیه‌ای شامل مصرف نمک، نسبت مصرف گوشت قرمز به گوشت سفید، مصرف تخم مرغ، مصرف سبزی و میوه، نوع روغن و مواد لبنی مصرفی ۸ سؤال، اجتناب از استرس ۱ سؤال و تبعیت از پزشک ۳ سؤال بود.

عبارات نگرشی منافع و موانع درک شده براساس مقیاس لیکرت تدوین شدند. با توجه به طیف ۵ رتبه‌ای، نمره هر عبارت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق از صفر تا ۴ در نظر گرفته شد و هر فرد در طیفی بین صفر تا ۱۰۴ قرار گرفت.

در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکنه قلبی، امتیاز هر فرد در زمینه اعتیاد بین صفر تا ۷، در زمینه ورزش و تحرک بدنی بین صفر تا ۷، در زمینه تغذیه بین صفر تا ۱۳، در زمینه استرس بین صفر تا ۱ و در زمینه تبعیت از پزشک بین صفر تا ۹ محاسبه و در مجموع نمره رفتارهای پیشگیری کننده از عود سکنه قلبی بین صفر تا ۳۷ تعیین گردید.

روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مذکور با استفاده از نظرات خبرگان مشتمل بر دو متخصص بیماری‌های قلب و عروق و سه متخصص آموزش بهداشت تأیید شد و پایایی آن

Archive of SID

بحث

در مطالعه حاضر افراد از نظر رفتارهای پیشگیری کننده در سطح متوسطی قرار داشتند. در مطالعه شیدفر و همکاران (۱۰) که روی ۱۸۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایداری در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر مشهد انجام شد؛ بیماران برخی رفتارهای پیشگیری کننده را انجام دادند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه افراد اعتقاد زیادی به منافع و پیامدهای رفتارهای پیشگیری کننده داشتند. منافع درک شده افراد در مطالعه شیدفر و همکاران (۱۰) و Bennett و همکاران (۱۱) روی بیماران قلبی در امریکا نیز در حد قابل قبول گزارش شده است. در بین منافع، اعتقاد به تأثیر کسب آگاهی و تغییر عوامل خطر غیرارثی در بهبودی بیماری کمترین فراوانی را داشت. این امر از آنجا ناشی می‌شود که بیماران به علت عدم دریافت اطلاعات، بیماری‌های قلبی را منحصراً تحت تأثیر عوامل خطر غیرقابل کنترل دانسته و اعتقادی به نقش خودشان در کاهش عواقب بیماری ندارند.

در مطالعه ما هر چند میزان منافع درک شده خیلی بالا نبود؛ ولی به لحاظ مدیریت بیماری چندان مطلوب نیست و در انجام رفتارهای پیشگیری کننده اختلال ایجاد می‌کند که از این نظر با مطالعات شیدفر و همکاران (۱۰)، Bennett و همکاران (۱۱) و Mosca و همکاران (۱۲) روی ۱۰۰۸ زن آمریکایی مشابه است. بیشترین مانع گزارش شده، فقدان برنامه‌های آموزشی مناسب، فراموش کردن زمان و مقدار مصرف داروها و عدم کنترل استرس بود. در مطالعه Nic و همکاران (۱۳) نیز فقدان اطلاعات، اساسی‌ترین مانع برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی ذکر شده است. بنابراین برای ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده در این بیماران، وجود یک برنامه آموزشی منظم و متناسب با نیازهای آنان برای افزایش آگاهی و تصحیح باورهای غلط ضروری است.

در مورد داروها و استرس نیز با توجه به مسن بودن بیماران باید با تقویت نقش حمایتی خانواده بیماران اقدام به کاهش این موانع نمود.

با کاهش موانع درک شده، رفتارهای پیشگیری کننده از سکته قلبی افزایش یافت. بنابراین در اجرای برنامه‌های

با محاسبه آلفا کرونباخ تأیید گردید. مقدار آلفا برای سازه منافع درک شده ۰/۸، موانع درک شده ۰/۷۵ و رفتارهای پیشگیری کننده ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پس از مصاحبه با بیماران و تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-13 و آمار توصیفی به منظور محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و با آمار تحلیلی به منظور بیان همبستگی بین داده‌ها نظیر آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵ درصد به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی ۱۰۰ فرد مطالعه شده $55/70 \pm 9/64$ سال بود. ۱۵ درصد زن و ۸۵ درصد مرد بودند. میانگین نمره افراد در سازه منافع $30/24 \pm 3/81$ ، در سازه موانع $22/07 \pm 9/73$ و در رفتارهای پیشگیری کننده $24/48 \pm 4/90$ تعیین شد.

در میان رفتارهای پیشگیری کننده، عدم استعمال مواد مخدر و سیگار، مصرف میوه و سبزی، استفاده از لبنیات کم‌چربی و همچنین مصرف روزانه آسپرین در ۸۱ درصد افراد مشاهده شد. رژیم غذایی بدون نمک در ۸ درصد افراد، عدم استراحت پس از ناهار در ۲۹ درصد افراد و مراجعه منظم به پزشک در ۳۳ درصد افراد رعایت شده بود.

لذت بردن از زندگی و از دست ندادن شغل منافی بودند که افراد برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از سکته بیشتر به آنها اعتقاد داشتند. در حالی که آنان در مورد نقش عوامل مختلف در بهبودی بیماری و کسب آگاهی در مورد رفتارهای مناسب دارای کمترین منفعت درک شده بودند.

در بررسی موانع، فقدان برنامه‌های آموزشی مناسب، فراموش کردن زمان و مقدار مصرف داروها و کنترل نداشتن استرس بیشترین موانعی بود که افراد آن را برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از سکته قلبی احساس می‌کردند. در حالی که مخالفت خانواده کمترین مانع گزارش شده بود.

با افزایش موانع درک شده، رفتارهای پیشگیری کننده کاهش یافته ($r = -0/39$ و $P = 0/01$) و با افزایش منافع خالص (منافع منهای موانع) این رفتارها افزایش پیدا نموده است ($r = 0/323$ و $P = 0/01$).

Archive of SID

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد علی‌رغم این که منافع درک شده بیماران از رفتارهای پیشگیری کننده از سکت قلبی در سطح خوبی قرار داشت؛ اما هنوز موانع انجام این رفتارها آنقدر زیاد است که می‌تواند جلوی انجام این رفتارها را بگیرد؛ لذا برطرف نمودن موانع انجام این رفتارها تا حد امکان برای اتخاذ رفتارهای سالم و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد و عوامل فوق باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و پژوهشی مورد توجه قرار گیرد. در عین حال با توجه به این که درصد متوسطی از تغییرات در رفتارهای پیشگیری کننده توسط این دو سازه پیش‌بینی می‌شود؛ شواهدی مبنی بر تأثیرگذاری سازه‌های دیگر موجود است که انجام مطالعات دیگر در این زمینه ضروری و ارزشمند است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. بدین وسیله از ریاست و کارکنان محترم مرکز تحقیقات قلب و عروق شهر یزد به خصوص سرکار خانم لسان و همچنین از بیماران عزیزی که با صبر و حوصله در تحقیق مشارکت نمودند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Wiles R. Patients' perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Soc Sci Med*. 1998 Jun;46(11):1477-86.
2. Campbell C. Health education behavior models and theories- a review of the literature, Part I. Available at: <http://msucare.com/health/health/appa1.htm>
3. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975 Jan;13(1):10-24.
4. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988 Summer;15(2):175-83.
5. Sterecher VJ, Rosenstock IM. The health belief models. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2nd. San Francisco: Jossey-Bass. 1997; pp: 41-59.
6. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2002 Jun;11(6):529-34.
7. Creswell WH, Newman IM. *School health practice*. 10th. New

پیشگیری کننده از سکت قلبی مجدد، بایستی کاهش موانع درک شده در اولویت قرار گیرد. در مطالعه Mosca (۱۲) و Nic (۱۳) هم این یافته مشاهده گردید.

ارتباط معنی‌داری بین منافع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده مشاهده نشد که نشان می‌دهد علی‌رغم سطح خوب منافع درک شده بیماران از رفتارهای پیشگیری کننده از سکت قلبی؛ اما هنوز موانع انجام این رفتارها آنقدر زیاد است که می‌تواند جلوی انجام این رفتارها را بگیرد. در مطالعه Howze (۱۴) نیز ارتباط معنی‌داری بین منافع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده از سکت قلبی مشاهده نشد. در مطالعه Kanayo (۱۵) روی ۸۰۰ جوان انگلیسی بین منافع و رفتارهای پیشگیری کننده همبستگی وجود داشت.

منافع تغییر رفتارها و عادات زندگی پس از سکت و موانع انجام این رفتارها در انجام رفتارهای موردنظر تأثیرگذار می‌باشند. در این راستا باید به آموزش منافع تغییر عادات زندگی و انجام رفتارهای پیشگیری کننده پرداخت و همزمان باید موانعی را که در راه انجام فعالیت‌های پیشگیری کننده وجود دارد؛ برطرف نمود و یا آنها را به حداقل رساند.

York: Mosby. 1993; pp: 31-40.

8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in nursing practice*. 4th. New Jersey: Prentice Hall. 2001; p: 37.
9. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th. San Francisco: Jossey Bass. 2008; pp:45-65.
10. Shidfar MR, Shojaizadeh D, Hosseini M, Assasi N, Majlesi F. [Knowledge attitude and lifestyle of patients with unstable angina in Mashhad, Iran]. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2004;2(3):65-82. [Article in Persian]
11. Bennett SJ, Lane KA, Welch J, Perkins SM, Brater DC, Murray MD. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *West J Nurs Res*. 2005 Dec;27(8):977-93.
12. 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 Jan 31;113(4):525-34.
13. Nic Gabhainn S, Kelleher CC, Naughton AM, Carter F, Flanagan M, McGrath MJ. Socio-demographic variations in perspectives on cardiovascular disease and associated risk factors.

Health Educ Res. 1999 Oct;14(5):619-28.

14. Howze EH, Smith M, Digilio DA. Factors affecting the adoption of exercise behavior among sedentary older adults. Health Educ Res. 1989;4(2):173-80.

15. Kanayo U. Social Cognitions and Past Behavior as Predictors of Behavioral Intentions Related to Cardiovascular Health. Journal of Applied Social Psychology. 2003; 33(7): 1417-36.

Perceived benefits and barriers of preventive behaviours of relapsed myocardial infraction

Rahaei Z (MSc)¹, Morowatisharifabad MA (PhD)*², Zareiyan M (BSc)³
Shojaefard J (MSc)⁴, Lesan S (BSc)⁵

¹PhD Student in Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, A Member of the Student Research Committee of Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. ²Associate Professor, Department of Health Education, Health School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran. ³MSc Student in Medical Education, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran. ⁴MSc in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran. ⁵Nurse, Yazd Cardiovascular Research Center, Yazd, Iran.

Abstract

Background and Objective: Cardiovascular diseases are among 46% of deaths in Iran. Changing lifestyle is very important for the disease control. If the patients perceive the benefits of preventive behaviours, the barriers to those behaviours will decline and the probability of engaging in the behaviours will increase. This study carried out to determine perceived benefits and barriers of preventive behaviours of relapsed myocardial infraction.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 100 patients with a history of myocardial infraction referred to Yazd Cardiovascular Research Center during 2007. A questionnaire was used for data collection which measured perceived benefits of, barriers to preventive behaviours of myocardial infraction relapse and status of those behaviours. Data was analyzed using SPSS-13 and Pearson coefficient and regression tests.

Results: Subjects earned a mean score of 30.24 (out of 36) in perceived benefits and 22.07 (out of 68) in perceived barriers and 24.48 (out of 37) in preventive behaviours. Preventive behaviours was positively correlated with net benefit and negatively with perceived barriers.

Conclusion: This study showed that in spite of suitable level of perceived benefits of myocardial infraction, but still the perceived barriers are significant enough and therefore removal of barriers to such behaviour are essential.

Keywords: Myocardial infraction, Prevention, Relapse, Perceived benefits, Perceived barriers

* **Corresponding Author:** Morowatisharifabad MA (PhD), E-mail: morowaty@yahoo.com

Received 20 February 2010

Revised 1 January 2011

Accepted 19 January 2011