



پیش بینی کننده های کنترل فشار خون بالا بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شهر کرمان در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمودآباد^۱، رابعه آق آتابای^۱، احسان موحد^۲، خیر محمد جدگال^۲، سمیه علیزاده^۳

۱. استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی یزد

۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۹۷۳۶۵۶۶۳ Email: alizade2009@yahoo.com

چکیده

مقدمه: شیوع بالای فشار خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی و خطرناک بر ارگان های بدن، این بیماری را به یک مشکل عمده بهداشتی در کلیه جوامع تبدیل کرده است که مدیریت این بیماری بسیار مهم به نظر می رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش بینی کننده فشار خون بالا بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام یافت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۱۳۵ نفر از بیماران فشار خونی بالای ۳۰ سال در شهر کرمان انجام شد. نمونه گیری به روش چندمرحله ای انجام گرفت. بیماران به صورت نمونه گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. پرسش نامه ها به صورت خود گزارش دهی و مصاحبه تکمیل شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه عوامل دموگرافیک، سؤالات آگاهی و مدل اعتقاد بهداشتی بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و برای آنالیز نتایج شاخص های آماری و رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها: میانگین سن افراد ۴۷/۱۰ ± ۴۶/۴۵ سال بود. از بین متغیرهای دموگرافیک، سن وضعیت تاهل ارتباط معنا دار مستقیمی با کنترل پرفشاری خون در افراد داشتند. آزمون آماری رگرسیون بین سازه های خودکارآمدی، منافع درک شده و راهنما برای عمل با میزان فشار خون رابطه معنی داری نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج میانگین امتیاز کسب شده از سازه های مورد بررسی مدل اعتقاد بهداشتی در حد متوسط بود. پیشنهاد می شود یک برنامه ریزی دقیق آموزشی برای بیماران فشار خونی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی سازه های خودکارآمدی، منافع درک شده و راهنما برای عمل که پیش گویی کننده های قوی فشار خون بودند، انجام گیرد تا در دراز مدت بتوانیم از عوارض این بیماری جلوگیری کنیم.

واژه های کلیدی: تحلیل مسیر، پرفشاری خون، مدل اعتقاد بهداشتی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: ششم

ویژه نامه ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۹/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶



مقدمه

شیوع بالای فشارخون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی و خطرناک بر ارگان‌های بدن، این بیماری را به یک مشکل عمده بهداشتی در کلیه جوامع تبدیل کرده است (۱) به افزایش متناوب و یا مداوم فشارخون در یک فرد فشارخون بالا گفته می‌شود که این حالت ممکن است در یکی از مراحل سیستمیک یا دیاستولیک رخ دهد. در حالتی که فشارخون سیستمیک فرد به‌طور مداوم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و یا بالاتر و فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر باشد، بر فشاری خون بالا دلالت دارد (۲) بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در جهان حدود یک میلیارد نفر مبتلا به پرفشاری خون هستند که از این افراد چهار میلیون نفر سالانه به کام مرگ می‌روند که نشان‌دهنده نتایج مستقیم این بیماری است، پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع این بیماری ۶۰٪ افزایش یابد و به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد (۱،۳) کشور ایران در مرحله گذر تغذیه‌ای است و مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های غیر واگیر به‌ویژه قلبی-عروقی عامل اصلی مرگ‌ومیر (۲۴/۵٪) در این کشور می‌باشند (۴) بیماری فشارخون به‌عنوان قاتل بی‌صدا شناخته می‌شود زیرا بدون علامت بودن این بیماری امکان تشخیص زودرس آن را کمتر می‌کند (۵،۶) در طرح بررسی سلامت و بیماری میزان پرفشاری خون در کشور ۱۱/۵٪ افراد بالای ۱۵ سال کل جمعیت را افراد فشارخونی تشکیل دادند (۱) این بیماری شایع عامل خطر مهمی برای بیماری‌هایی شامل: سکنه مغزی، بیماری‌های کلیوی پیشرفته، نارسایی احتقانی قلب و بیماری‌های عروق محیطی است (۷، ۲) از طرفی در طی قرن ۲۱ شاهد افزایش جمعیت سالمندان در همه نقاط جهان هستیم، با

افزایش سن احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد و در طی تحقیقات انجام‌شده مشخص شده است که سن بالا با افزایش شیوع پرفشار خون مرتبط است (۳) از طرفی اصلاح شیوه زندگی- اصلاحات دارویی و راهبردهای دارویی باعث کنترل این بیماری می‌شوند (۲) بنابراین داشتن اطلاعاتی در مورد اعتقادات و آگاهی‌های افراد در معرض خطر به‌منظور توسعه راهکارهای پیشگیری‌کننده ضروری به نظر می‌رسد لذا برای تبیین و توضیح وضعیت رفتارهای پیشگیری‌کننده بیماری فشارخون بالا از مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شد، این مدل یکی از نظریه‌های تحلیل رفتار است که در مطالعات متعدد و در زمینه‌های مختلف رفتارهای پیشگیری‌کننده مورد استفاده قرار گرفته است (۸) سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: ۱- حساسیت درک شده (احساس خطر فرد در مورد مسئله) ۲- شدت درک شده (عمق خطر و جدی بودن عوارض آن) ۳- منافع درک شده (مفید و قابل‌اجرا بودن رفتارهای پیشگیری‌کننده) ۴- موانع درک شده (عوامل بازدارنده از اقدام به رفتار) ۵- راهنمایی برای عمل (علائم مثبتی که از محیط دریافت می‌شوند مثلاً توصیه‌های دوستان و آشنایان)، می‌باشند (۹) در مطالعه‌ای که توسط Duggiria و همکاران تحت عنوان پیشگویی‌کننده‌های کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام دادند به این نتیجه رسیدند که میزان کنترل فشارخون در سالمندان بسیار پایین بود (۱۰) Picon و همکاران در طی پژوهش خود با عنوان شیوع فشارخون بالا، شیوع فشارخون بالا برای دوره ۲۰۱۰-۱۹۸۰ با توجه به معیار کمیته مشترک ملی ۶۸٪ بود در سال ۲۰۰۰ شیوع فشارخون بالا بر طبق همان معیار ۶۸/۹٪ بود در حالی که شیوع خود گزارشی بر اساس بررسی‌های خانگی



۴۹٪ و در مردان بر اساس بررسی‌های تلفنی ۵۳/۸٪ بود (۱۱). چمن و همکاران در طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شیوع فشارخون بالا به طور کلی ۱۸/۴ درصد برآورد گردید و زنان بیشتر از مردان مبتلا به این بیماری بودند و شیوع آن در قومیت ترکمن بیشتر از اقوام سیستانی و بلوچ بود فشارخون بالا با چاقی و کم‌حرکی رابطه معنادار داشت و با افزایش سن، شیوع فشارخون روند افزایشی نشان داد. عوامل خطر عمده برای فشارخون بالا عبارت بودند از: سن بالای ۶۰ سال، BMI بالا، عدم تحرک فیزیکی و نسبت بالای دور شکم به دور باسن (۱۲). صدرنیا و چهرئی در طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عوامل خطر برای بیماری پرفشاری خون سطح پایین تحصیلات، وزن بالا، قد کوتاه، دفعات تماس اندک با پدر و مادر، تماس کمتر از ۲ بار با نزدیکان، عدم رضایت خانوادگی و مرگ یکی از نزدیکان درجه ۱ است و در نتیجه پیشنهاد دادند که می‌توان با اطلاع رسانی از طریق رسانه‌های عمومی آگاهی عمومی را در جهت عوامل خطر و در نتیجه تغییر رفتارهای زیان‌بخش بیماری افزایش داد و از بروز فشارخون جلوگیری کرد (۵). هزاوه‌ای و همکاران در طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین سازه‌های موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنما برای عمل با رفتار خود مراقبتی رابطه معنی‌داری وجود دارد و از بین متغیرهای تعدیل‌کننده تنها جنس با رفتارهای خود مراقبتی رابطه معنی‌داری داشت (۱۳) باقیانی مقدم و همکاران در طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات شدت درک شده $2/4 \pm 23$ ، حساسیت درک شده $2/6 \pm 15$ ، موانع درک شده $4/4 \pm 20/7$ ، منافع درک شده $3/45 \pm 27/05$.

آگاهی $4/8 \pm 22/7$ و رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری قلبی-عروقی $3/71 \pm 18/11$ بود. آزمون آماری همبستگی Pearson بین سازه‌های منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، خودکارآمدی و آگاهی با رفتار پیشگیری‌کننده همبستگی معنی‌دار در سطح $0/05$ نشان داد (۱۴) امروزه از روش تحلیل مسیر که تکنیک آماری دقیقی جهت تشخیص الگوی تعیین‌کننده متغیرها بخصوص برای الگوی بهینه‌ی طراحی مداخلات، مورد استفاده قرار می‌گیرد. از آنجا که پژوهشی در زمینه‌ی تحلیل مسیر مبتنی بر رگرسیون برای تعیین مهم‌ترین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تأثیرگذار بر کنترل پرفشاری خون، جهت طراحی مداخلات آتی، وجود ندارد، این موضوع ما را بر آن داشت که نسبت به فعالیت پژوهشی در این زمینه، اقدام نماییم.

روش بررسی

این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی بود که در تابستان ۱۳۹۴ در مراکز بهداشتی شهر کرمان انجام شد. جامعه مورد مطالعه افراد فشارخونی شهر کرمان در محدوده سنی ۳۰ سال و بالاتر ساکن شهر کرمان بودند. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بود و با توجه به مطالعات قبلی شیوع فشارخون بالا در شهر ایران $11/5$ برآورد شده بود که با آلفای $0/05$ و $0/2$ d =حجم نمونه $n=100$ محاسبه شد که برای اطمینان بیشتر در این مطالعه ۱۳۵ نفر لحاظ شدند (۱). سپس با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای شهر کرمان با توجه به نقشه جغرافیایی، به ۹ قسمت تقسیم شد سپس از هر قسمت به طور تصادفی ۱۵ فرد بالای ۳۰ سال انتخاب شد. افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی



پنج گانه لیکرت تنظیم شده بود، که در این بخش ۸ سؤال مربوط به حساسیت درک شده، ۸ سؤال مربوط به شدت درک شده، ۸ سؤال مربوط به منافع درک شده، ۸ سؤال مربوط به موانع درک شده، ۸ سؤال مربوط به راهنما برای عمل و ۸ سؤال مربوط به خودکارآمدی بود. نحوه نمره دهی به سؤالات پرسشنامه بدین صورت بود که در سؤالات بخش آگاهی و راهنما برای عمل، به پاسخ بلی نمره ۲ و خیر نمره ۱ تعلق یافت، که دامنه نمرات آن از ۸ تا ۱۶ بود. در قسمت سؤالات مربوط به اجزای مدل باور بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده) به پاسخ های کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق گرفت. در مورد سؤالات معکوس در بخش اجزای مدل باور بهداشتی نیز نمره دهی بدین صورت انجام یافت که به پاسخ های کاملاً موافقم نمره ۱، موافقم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۴ و گزینه کاملاً مخالفم نمره ۵ تعلق گرفت، که دامنه نمرات آن از ۸ تا ۴۰ بود (۲).

اطلاعات حاصل از پرسشنامه ها در نرم افزار SPSS 15 وارد شدند، داده ها با استفاده از شاخص های آماری توصیفی و تحلیلی نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار، تجزیه و تحلیل شدند و برای بررسی ارتباط سازه های مدل با میزان فشارخون از آزمون های رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معنی داری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول ۱ نشان می دهد میانگین سن افراد $47/10 \pm 46/46$ سال بود. اکثر آزمودنی ها زن (۶۵/۹٪)، متأهل (۶۹/۶٪)، دیپلم

درمانی که به تشخیص پزشک بیمار و دارای فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بودند، انتخاب شدند. انتخاب نمونه ها به گونه ای بود که همه بیماران فرصت یکسانی برای شرکت در پژوهش را داشتند.

شرایط ورود به مطالعه داشتن فشارخون، سن ۳۰ سال و بالاتر، رضایت شخصی، داشتن پرونده فشارخون، توانایی فهمیدن مطالب و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و معیارهای خروج از مطالعه عدم رضایت خود و افراد خانواده، عدم همکاری، داشتن بیماری که قادر به شرکت در تحقیق نباشد، در نظر گرفته شد. جهت شناسایی افراد دارای فشارخون بالا در هر منطقه از مراکز بهداشتی درمانی و رابطین بهداشتی کمک گرفته شد. جهت تکمیل پرسشنامه ها، پرسشگر به درب منازل افراد مراجعه کرد و از آن ها جهت شرکت در کار تحقیقاتی دعوت به عمل آورد و در صورت عدم همکاری جایگزینی با موارد دیگر صورت گرفت. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه روا و پایا با آلفای کرونباخ برای سؤالات آگاهی ۰/۷۴، برای حساسیت و شدت درک شده ۰/۷۹، منافع درک شده ۰/۸۹، راهنما برای عمل ۰/۸۶، موانع درک شده ۰/۸۲ و خودکارآمدی ۰/۷۶ صورت گرفت. در کل ۱۳۵ نفر در تحقیق شرکت داده شدند (۲). پرسشنامه ها بی نام و به صورت کدگذاری شده در ۳ قسمت تنظیم شده بودند. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک دارای ۸ سؤال در زمینه سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و سابقه ابتلا به بیماری فشارخون در بستگان درجه یک بود. بخش دوم شامل ۸ سؤال چند گزینه ای در خصوص سنجش آگاهی بود. بخش سوم شامل سازه های مدل باور بهداشتی و خودکارآمدی بر اساس مقیاس



(/۳۷/۵) و (/۴۰/۷) خانه‌دار بودند. مراحل تحلیل مسیر مبتنی بر تحلیل رگرسیون برای به دست آوردن مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر میزان فشارخون مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس جدول شماره ۳ این‌گونه انجام شد که ابتدا متغیر فشارخون به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و بقیه متغیرها از جمله آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی به‌عنوان متغیر مستقل مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله توان پیشگویی کنندگی کلی ۰/۲۱۱ به دست آمد و بتای استاندارد شده منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی با فشارخون معنی‌دار شدند. در مرحله دوم متغیری که کمترین بتای استاندارد را داشت (شدت درک شده) کنار گذاشته شد و مراحل تحلیل رگرسیون خطی تکرار گردید که در این مرحله توان پیشگویی کنندگی این سازه‌ها که شامل آگاهی، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی بود ۰/۲۱۱ به دست آمد و منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی با فشارخون معنی‌دار شدند. در مرحله سوم آنالیز نیز متغیری که

کمترین بتای استاندارد شده را داشت (حساسیت درک شده) کنار گذاشته شد و ارتباط بقیه سازه‌ها با کیفیت زندگی که متغیر وابسته بود سنجیده شد و توان پیشگویی کنندگی ۰/۲۱۳ به دست آمد. در مرحله چهارم نیز مانند مراحل قبلی سازه‌ای که کمترین بتای استاندارد را داشت کنار گذاشته شد که آگاهی در این مرحله کمترین بتای استاندارد شده را داشت و توان پیشگویی کنندگی در این مرحله ۰/۲۱۰ به دست آمد. در مرحله آخر طی رگرسیون خطی سازه‌های باقی‌مانده با میزان فشارخون کمترین بتای استاندارد مربوط به موانع درک شده بود که کنار گذاشته شد و تنها منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی در اینجا باقی ماند که بالاترین بتای استاندارد مربوط به خودکارآمدی بود و توان پیشگویی کنندگی منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی ۰/۲۰ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی به‌تنهایی می‌توانند پیشگویی‌کننده‌های خوبی برای فشارخون باشند. بر طبق جدول شماره ۵ از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن و وضعیت تأهل ارتباط معنادار مستقیمی با میزان پرفشاری خون در افراد داشتند.



جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناسی بیماران فشارخونی

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	
زن	۸۹ (۶۵/۹)
مرد	۴۶ (۳۴/۱)
وضعیت تأهل	
مجرد	۱۶ (۱۱/۹)
متأهل	۹۴ (۶۹/۶)
مطلقه	۱۲ (۸/۹)
بیوه	۱۲ (۸/۹)
تحصیلات	
بی سواد	۴ (۰/۳)
ابتدایی	۲۳ (۱۷)
راهنمایی	۲۰ (۱۴/۸)
دیپلم	۴۲ (۳۱/۱)
کاردانی و کارشناسی	۳۷ (۲۷/۴)
بالتر از کارشناسی	۷ (۵/۲)
شغل	
خانه دار	۵۵ (۴۰/۷)
کارگر	۵ (۳/۷)
کارمند	۳۶ (۲۶/۷)
کشاورز	۱۰ (۷/۴)
آزاد	۱۳ (۹/۶)
بازنشسته	۱۱ (۸/۱)
بیکار	۵ (۳/۷)



جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و میزان فشارخون افراد

متغیر	ماکزیمم	مینیمم	میانگین \pm انحراف معیار
آگاهی	۱۶	۸	۱۱/۷۴ \pm ۲/۰۹
حساسیت درک شده	۴۰	۲۴	۳۳/۳ \pm ۴/۰۵
شدت درک شده	۴۰	۱۲	۳۳/۱۶ \pm ۵/۵
منافع درک شده	۴۰	۲۳	۳۴/۳۴ \pm ۴/۶
موانع درک شده	۴۰	۱۰	۳۰/۲ \pm ۶/۰۶
راهنما برای عمل	۱۶	۸	۱۳/۰۵ \pm ۳/۰۴
خودکارآمدی	۴۰	۱۶	۳۰/۷ \pm ۵/۱
فشارخون	۱۸	۱۴	۱۴/۹ \pm ۰/۹۹

جدول ۳: رابطه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (مدل اعتقاد بهداشتی مراحل اول تا پنجم) با متغیر فشارخون بر اساس آنالیز رگرسیون

مرحله	R ²	معنی داری	بتا استاندارد	متغیر وابسته
اول	۰/۲۱۱	۰/۱۷۴	-۰/۱۱۴	فشارخون
آگاهی		۰/۳۲	۰/۱۰۶	
حساسیت درک شده		۰/۲۴	-۰/۱۲۱	
شدت درک شده		۰/۱۲	-۰/۱۵۸	
منافع درک شده		۰/۲۳	۰/۱۰۱	
موانع درک شده		۰/۰۳	۰/۱۷۴	
راهنما برای عمل		< ۰/۰۰۱	-۰/۳۷۰	
خودکارآمدی				



فشارخون	۰/۲۱۱	دوم
آگاهی	۰/۲۴	۰/۰۹
حساسیت درک شده	۰/۴۱	۰/۰۸
منافع درک شده	۰/۱۵	۰/۱۴
موانع درک شده	۰/۲۱	۰/۱۰
راهنما برای عمل	۰/۰۲	۰/۱۹
خودکارآمدی	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵
فشارخون	۰/۲۱۳	سوم
آگاهی	۰/۲۱	۰/۰۱
منافع درک شده	< ۰/۰۴	۰/۱۸
موانع درک شده	۰/۱۹	۰/۱۱
راهنما برای عمل	۰/۰۲	۰/۱۹
خودکارآمدی	< ۰/۰۰۱	۰/۳۶
فشارخون	۰/۲۱۰	چهارم
منافع درک شده	۰/۰۲	۰/۱۹
موانع درک شده	۰/۲۴	۰/۰۹
راهنما برای عمل	۰/۰۲	۰/۱۸
خودکارآمدی	< ۰/۰۰۱	۰/۳۷
فشارخون	۰/۲۰	پنجم
منافع درک شده	۰/۰۴	۰/۱۷۹
راهنما برای عمل	۰/۰۴	۰/۱۵۸
خودکارآمدی	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵

جدول شماره ۵ ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با فشارخون

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	معنی داری
سن	۴۶/۴۵ \pm ۱۰/۴۷	< ۰/۰۰۱
جنس	۱۴/۸۱ \pm ۰/۹۶	
زن		۰/۵۵



	مرد	$15/09 \pm 1/05$
	وضعیت تأهل	
	مجرد	$14/67 \pm 0/72$
	متأهل	$14/91 \pm 0/96$
$< 0/001$	مطلقه	$14/67 \pm 0/98$
	بیوه	$15/5 \pm 1/38$
	تحصیلات	
	بی سواد	$16/75 \pm 0/95$
	ابتدایی	$14/78 \pm 0/79$
$0/27$	راهنمایی	$15/20 \pm 1/005$
	دبیرستانی	$15/02 \pm 1/13$
	کاردانی و کارشناسی	$14/57 \pm 0/68$
	بالتر از کارشناسی	$14/71 \pm 0/95$
	شغل	
	خانه دار	$14/95 \pm 1/008$
	کارگر	$14/6 \pm 0/54$
$0/77$	کارمند	$14/72 \pm 0/91$
	کشاورز	$15/22 \pm 1/09$
	آزاد	$15/15 \pm 1/28$
	بازنشسته	$15/18 \pm 1/07$
	بیکار	$14/33 \pm 0/51$

بحث و نتیجه گیری

رابطه مستقیم و معنادار بین فشارخون و سن افراد اشاره کرده‌اند (۱۵) بین وضعیت تأهل و میزان فشارخون نیز رابطه معنادار مستقیمی یافت شد که نشان‌دهنده این بود که میزان فشارخون به ترتیب در بیوه‌ها، مطلقه‌ها و متأهلین بیشتر از افراد مجرد بود

نتایج این مطالعه که در میان ۱۳۵ نفر مرد و زن بالای سی سال و مبتلا به پرفشاری خون در شهر کرمان انجام شد، نشان داد که فشارخون بالا باسن افراد رابطه معنادار مستقیمی داشت به این معنا که هرچه سن بالاتر بود میزان فشارخون افراد نیز بالاتر بود در این راستا بسکابادی و همکاران نیز در طی پژوهش خود به



که نتایج پژوهش باقیانی مقدم و همکارانش در زمینه انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری قلبی-عروقی در افراد در معرض خطر در شهر یزد همخوانی دارد (۱).

در این مورد در مقالات نتایج متضادی بر روی رفتارهای مختلف به دست آمده است که بعضی از آنها منافع درک شده را بر روی رفتار یا متغیر مورد نظر تأثیر گذار می دانند از جمله مطالعه Petro-Nustus W, Mikhail BI که بر روی خودآزمایی پستان انجام شده بودند (۱۸) و بعضی مطالعات منافع درک شده را تأثیر گذار نمی دانند از جمله مطالعه صحرايي و همکاران و Avci IA که بر روی خودآزمایی پستان انجام شده بودند (۵)، (۱۹).

بنابراین این نتایج بررسی ارتباط بین سازه ها و متغیر مورد نظر در فرهنگ های مختلف ضروری به نظر می رسد زیرا در فرهنگ های مختلف عوامل متفاوتی می تواند بر میزان فشارخون متصور شود. سومین سازه پیشگویی کننده میزان فشارخون راهنما برای عمل بود که با میزان فشارخون رابطه معناداری داشت، هرچقدر فرد راهنما برای عمل بیشتری دریافت کند کنترل بیشتری در میزان فشارخونش می تواند داشته باشد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه هزاوه ای و همکاران در زمینه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون با مدل اعتقاد بهداشتی (۱۳) و مطالعه ی Bond GG و همکارانش در مورد مدل اعتقاد بهداشتی و نوجوانان دیابتی وابسته به انسولین همخوانی دارد (۲۰).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر همکاری کم افراد فشارخونی در زمینه تکمیل پرسشنامه ها و استفاده از ابزار پرسشنامه و خود گزارشی افراد بود.

شاید یکی از دلایل این امر این باشد که وابستگی عاطفی که بین افراد وجود دارد بعد از فوت همسر در افراد بیوه و ایجاد تنش در زندگی افراد مطلقه باعث ایجاد این امر شده باشد و در افراد متأهل نسبت به مجرد ها به دلیل بار و مشکلات زندگی و فشارهای عصبی و روانی که به افراد وارد می شود میزان فشارخون بالاتری دارند در این مورد براتی و همکاران در طی پژوهش خود در راستای عوامل مرتبط با رفتار خودتنظیمی فشارخون در بین بیماران مبتلا به فشارخون به نتایج مشابه پژوهش حاضر دست یافتند (۱۶) Hadgkins و همکاران نیز به رابطه مستقیم بین وضعیت تأهل و فشارخون دست یافتند (۱۷).

در این مطالعه با حضور اثر تمامی متغیرها بر روی فشارخون، از بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی سازه خودکارآمدی درک شده مؤثر شناسایی شد و پیشگویی کننده قوی این رفتار بود به عبارت دیگر خودکارآمدی به عنوان یکی از تعیین کننده های مهم فشارخون در نظر گرفته می شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه باقیانی مقدم و همکارانش در زمینه انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری قلبی-عروقی در افراد در معرض خطر در شهر یزد (۱۴) و مطالعه هزاوه ای و همکاران در زمینه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون با مدل اعتقاد بهداشتی همخوانی دارد (۱۳).

مطالعات گوناگونی که با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر روی موضوعاتی مثل دیابت و خودآزمایی پستان انجام شده بودند به نقش خودکارآمدی در پیشگویی رفتار تأکید داشته اند از جمله مطالعه صحرايي و همکاران و مظلومی و همکاران (۵، ۸) دومین سازه پیشگویی کننده در این مطالعه البته با میزان کمتر منافع درک شده بود که ارتباط معنادار مستقیمی با فشارخون داشت



رفتار به مراحل کوچک‌تر و قابل انجام و روش نمایش)، منافع درک شده (استفاده از سخنرانی، بحث گروهی کوچک و بحث گروهی بزرگ) و راهنما برای عمل (استفاده از مسئولین مراکز بهداشت و پزشک مرکز بهداشت جهت راهنمایی دادن به افراد فشارخونی و گذاشتن برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی درزمینه فشارخون) که پیشگویی‌کننده قوی فشارخون بودند، انجام گیرد تا در درازمدت بتوانیم از عوارض این بیماری جلوگیری کنیم.

در کل میانگین امتیاز کسب‌شده از سازه‌های موردبررسی مدل اعتقاد بهداشتی شامل آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و راهنما برای عمل در حد متوسطی است که درنهایت باعث انجام متوسط رفتارهای پیشگیری و کنترل پرفشاری خون می‌شود.

لذا با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود یک برنامه‌ریزی دقیق آموزشی برای بیماران فشارخونی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی سازه‌های خودکارآمدی (استفاده از استراتژی‌هایی ازجمله، فیلم ویدئویی، کاهش استرس، شکستن

References

- 1-Baghiyani Moghaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, H. F. Factors in relation with self-regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. Journal of Birjand University of Medica. 2006;15(3):78-88.
- 2-Sadeghi R, Mohseni M, N. K. The Effect of an Educational Intervention According to Hygienic Belief Model in Improving Care and Controlling among Patients with Hypertension. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2014;13(4):384-94.
- 3-Fekrizadeh Z ,KHorsandi M, N. R. Self-efficacy of self-care behaviors of elderly patients with hypertension. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014;21(5):754-60.
- 4-Veghari GhR JH, Hoseini SA, Sedaghat SM NF, Angizeh AH , Tazik E M, Salehi A. People awareness of hypertension in Golestan province, North of Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011;13(2):68-78.
- 5-Sadrnya S, A. C. Factors affecting the development of hypertension in the residents of the city of Arak. Journal of Medical Council of Iran. 2010;28(3):294-99.
- 6-Ahmadi A HJ, Rajaefard A. To Determine the Relative Factors on Hypertension in Kohrang, Chaharmahal & Bakhtiari Province 2007. irje. 2008;4(2):19-25.



- 7-He FJ LJ, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *British Med J.* 2013;36(2):346-54.
- 8-Mazloomi Mahmoodabad SS, Hajizade A, Aalaei MR, Mirzaei M, Afkhami AM, M. F. The behavior predictor of type 2 diabetes in people at risk: Health Belief Model. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders.* 2011;11(6):544-50.
- 9-Safari M, SHojaei-zade D, GHofrani F, Hedarnya A, Pakpor A. Health education and promotion. Knowledge ed. 2, editor. Tehran: Sobhan; 2012.
- 10-Duggiria. Predictors of blood pressure control in patient with diabetes and hypertension seen in primary. *Am J Hypertension* 2005;18(6):833.
- 11-Picon RV FF, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am J Hypertens.* 2013;26(4):541-8.
- 12-Chaman R, Yunesian M, Hajimohamadi A, M. GT. Investigating Hypertension Prevalence and Some of Its Influential Factors in an Ethnically Variant Rural Sample. *Knowledge & Health.* 2018;3(3,4):39-42.
- 13-Hazavehei SMM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R, AH. Y. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. *Koomesh.* 2015;17(1):37-44.
- 14-Baghianimoghdam MH, Mirzaei M, T. R. Role of Health Beliefs in Preventive Behaviors of Individuals at Risk of Cardiovascular Diseases. *J Health Syst Res.* 2013;8(7):1151-58.
- 15-Baskabadi MH, Hassanzade A, al. e. Evaluation of blood pressure in patients older than 18 years, residents of Mashhad. *Physiology and Pharmacology.* 2005;9(2):195-202.
- 16-Barati M DD, Moghimbeigi A, Afsar A. Self-Regulation Behaviors of Hypertension and Related Factors Among Hypertensive Patients. *Journal of Fasa University of Medical Sciences.* 2011;1(3):116-22.
- 17-Hodgkins BJ ME, Meyers MA. Demographic, social and stress correlates of hypertension among the urban poor. *Fam Pract.* 1990;7(4):261-66.
- 18-Petro-Nustus W MB. Factors associated with breast self-examination among jordanian women. *Public Health Nurs.* 2002;19(4):263-7.
- 19-IA. A. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(2):127-33.
- 20-Bond GG AL, Somerville SC. The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* 1992;11(3):190-8.



Predictive Control High Blood Pressure in Patients with Hypertension based on Health Belief

Model in Kerman in 2015

MazloomiMahmodabad SS(PhD)¹, Agh Atabay R(PhD student)², Movahed M(PhD student)², Jadgal KM(PhD student)², Alizadeh S(PhD student)³

1. Professor , Research center of social determinants of health ,Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2. PhD student in Health Education and Health Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3. Corresponding Author :PhD student in Health Education and Health Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: The prevalence of high blood pressure worldwide and Creation of serious complications in organs, the disease has become a major health problem in all societies that management of the disease appears to be very important. The present study aimed to determine predictive factors of high blood pressure in patients with hypertension, according to the health belief model.

Methods: This cross-sectional study was done on 135 patients over 30 years with high blood pressure in Kerman. Multi-stage sampling was performed. The patients were randomly enrolled in this study. Self-report questionnaires and interviews have been completed. Data collection tool was questionnaire of demographic factors, knowledge and health belief model. To analyze the data, SPSS version 15 statistical indicators and linear regression were used for data analysis.

Results: The mean age 46.45 ± 10.47 years. Among the demographic variables, age and marital status had directly significant relationship related to the control of hypertension in people. Regression test between the constructs of self-efficacy, perceived benefits and cues to action showed a significant association with blood pressure.

Conclusion: The results showed that the mean score of health belief model structures investigated was moderate. It is Recommended that a detailed plan of training for blood pressure of patients based on Health Belief Model on self-efficacy, perceived benefits and cues for action that was strong predictor of blood pressure being done so in the long term we can avoid the complications of this disease.

Keywords: path analysis, blood pressure, Health Belief Model