Factors affecting arthrosis preventive behavior in middle-aged women in Birjand using the Health Belief Model

Ensiyeh Norozi[1], Fatemeh Nazari[2], Mitra Moodi[1], Hakime Malaki moghadam[1]

Arthrosis is the most common disease among the elderly. Identification of factors affecting the prevention of arthrosis prevention behaviors for the design of preventive interventions it is very important. This study aimed to investigate the factors affecting the prevention of arthrosis in middle-aged women using the health belief model.

This descriptive-analytic study was performed on 325 women aged 59-29 years. The population of the study consisted of middle-aged women referred to health centers in Birjand who were randomly selected. Data were gathered through a researcher-made questionnaire. The questionnaire consisted of demographic information, health belief model constructs and knowledge questions and its validity and reliability were confirmed. Data were analyzed by SPSS software (version 19) using stepwise regression test.

The Average age of women studied 39.1±8.4 years. The results of the study showed that 19.1% of subjects had good performance in terms of prevention of arthrosis, 36% had moderate performance and 44.9% had poor performance. The most important predictors were self-efficacy (β=0.37, P<0.001), knowledge (P=0.26, P<0.001), and finally, perceived severity (β=0.18, P<0.001). In total, these structures were able to predict 18.1% of the changes in behavioral prevention.

According to the results of the study, most women do not take preventive measures of arthrosis, therefore, it is suggested that through educational interventions, awareness, perceived severity, and self-efficacy of individuals should be strengthened to promote the preventive behaviors of arthrosis.

Key Words: Arthrosis; Middle-age; Women

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018; 25(4): 334-341.

Received: December 13, 2017 ***Accepted: June 2, 2018***

[1] *Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical sciences, Birjand, Iran.*
[2] ***Corresponding author;*** *Student Research Committee, Faculty of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.*
E mail: fff.nazari@gmail.com *Tel: +989153620476*

مقاله کوتاه

عوامل مؤثّر بر انجام رفتارهای پیشگیری کننده از آرتروز در زنان میانسال شهر بیرجند: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

انسیه نوروزی[1]، فاطمه نظری[2]، میترا مودی[1]، حکیمه ملاکی مقدم[1]

چکیده

آرتروز، شایع‌ترین بیماری افراد مسن می‌باشد. شناسایی عوامل مؤثّر بر انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز برای طراحی مداخلات پیشگیرانه، اهمیت ویژه‌ای دارد. هدف این مطالعه، بررسی عوامل مؤثّر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز در زنان میانسال با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی بود.

این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۳۲۵نفر از زنان ۵۹-۲۹ سال انجام شد. جمعیت مورد بررسی، زنان میانسال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بیرجند بودند که به‌طور تصادفی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته صورت گرفت. پرسشنامه دربرگیرنده اطلاعات دموگرافیک، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و سؤالات آگاهی بود و روایی و پایایی آن تأیید شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS (ویراییش ۱۹) و با استفاده از آزمون رگرسیون به روش گام به گام تجزیه و تحلیل شد.

میانگین سنّی زنان مورد مطالعه ۸/۴±۳۹/۱ سال بود. نتایج مطالعه نشان داد که در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز ۱۹/۱درصد افراد عملکرد خوب، ۳۶درصد افراد عملکرد متوسط و ۴۴/۹درصد آنها عملکرد ضعیف داشتند. مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌ها، خودکارآمدی (β=۰/۳۷، P<۰/۰۰۱)، آگاهی (β=۰/۲۶، P<۰/۰۰۱) و در انتها شدت درک‌شده (β=۰/۱۸، P<۰/۰۰۱) بودند. در مجموع این سازه‌ها توانایی پیش بینی ۱۸/۱درصد تغییرات رفتار پیشگیری را داشتند.

با توجه به نتایج مطالعه، اکثر زنان رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز را انجام نمی‌دهند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که با انجام مداخلات آموزشی؛ آگاهی، شدت درک‌شده و خودکارآمدی افراد تقویت گردد تا منجر به ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز گردد.

واژه‌های کلیدی: آرتروز؛ میانسال؛ زنان

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۷؛ ۲۵ (۴): ۳۳۴-۳۴۱.

دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

[1] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثّر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

[2] گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

نشانی: بیرجند- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۹۱۵۳۶۲۰۴۷۶ نمابر: ۰۵۶۳۲۲۱۸۴۱۱ پست الکترونیکی: fff.nazari@gmail.com

مقدمه

یکی از شایع‌ترین انواع آرتریت‌ها در بین جوامع مختلف از جمله کشور ما، آرتروز است. اغلب افراد تا سن ۶۵سالگی شواهد تصویربرداری آرتروز را خواهند داشت؛ به‌طوری که در سن ۷۵سالگی در حدود ۸۰درصد افراد، مبتلا به این عارضه هستند (۱). آرتروز سبب درد، تورّم، بی‌ثباتی مفصلی و سستی ماهیچه می‌شود که این عوامل می‌توانند باعث کاهش کیفیت زندگی شوند (۲). در ایالات متحده بعد از بیماری عروق کرونر، آرتروز شایع‌ترین علت از کارافتادگی در مردان بالای ۵۰ سال است (۲). طبق یک تخمین استقرایی، ۴۹۶۳۴۷۰ نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند (۴). در ایران به‌طور کلی از هر ۱۰بیمار با سن بالای ۲۰-۳۵ سال مراجعه‌کننده با شکایت از درد زانو، کمر و گردن، ۹نفر مبتلا به آرتروز می‌باشند. همچنین در مطالعات جمعیتی، شیوع آرتروز در شهرنشینان ۱۶/۶درصد و در روستانشینان ۱۵/۵درصد گزارش شده است (۱).

این بیماری با افت کیفیت زندگی همراه است و عواملی نظیر: سن، جنس، سابقه فامیلی، چاقی، استئوپروز، ضربه و فعالیت در برخی مشاغل، شانس ابتلا به آرتروز را زیاد می‌کند. همچنین عادات ناصحیح مانند: حمل مکرر بار سنگین، نشستن چهارزانو یا دو زانو و استفاده از توالت ایرانی از دیگر عوامل خطر بیماری آرتروز می‌باشند (۳). انجام تغییراتی در سبک زندگی، کاهش وزن در افراد چاق و اصلاح حرکات قبل از پیدایش آرتروز، می‌تواند در پیشگیری از این بیماری مؤثّر باشد. ناآگاهی فرد از چگونگی مراقبت از خود یکی از دلایل ابتلا به بیماری و بستری افراد در بیمارستان است که آموزش می‌تواند از این امر جلوگیری کند (۳). بر اساس نتایج مطالعات مختلف، دلایل مختلفی برای عدم انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده وجود دارد؛ از جمله نداشتن فعالیت بدنی منظم به‌عنوان مهمترین مانع اتخاذ رفتار پیشگیری از آرتروز زانو ذکر کرده‌اند که علت اصلی آن محدودیت زمانی، عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نظیر کمبود تسهیلات و امکانات و مکان امن عنوان نموده‌اند (۳). ارزان‌ترین و ساده‌ترین راه برای افزایش رفتارهای پیشگری‌کننده، آموزش رفتارهای پیشگیری‌کننده، رفع موانع درک‌شده و اتخاذ سبک زندگی سالم می‌باشد (۴).

یکی از بهترین تئوری‌هایی که در زمینه ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده به ما کمک می‌کند، مدل اعتقاد بهداشتی است (۵). بر پایه این مدل، افراد وقتی تغییر رفتار می‌دهند که درک کنند بیماری جدّی است. مدل اعتقاد بهداشتی تلاش می‌کند، توضیح دهد که چرا برخی افراد، رفتارهای پیشگیری از بیماری را به‌کار می‌گیرند ولی برخی دیگر این کار را نمی‌کنند. براساس این الگو، احتمال در پیش‌گرفتن رفتار بهداشتی، به دو موضوع بستگی دارد: اول، برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند (حساسیت و شدّت درک‌شده) و دوم، ارزیابی فرد از موانع و منافع رفتار بهداشتی (موانع و منافع درک‌شده).

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، درصد به‌نسبت بالایی از افراد جامعه ما در اواخر میانسالی و سالمندی نشانه‌هایی از آرتروز را دارند و شروع این بیماری از سنین میانسالی می‌باشد. با توجه به اینکه بر اساس بررسی محقق، مطالعه‌ای در ارتباط با عوامل مؤثّر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری آرتروز در میان زنان میانسال جامعه که بُعد اصلی خانواده را تشکیل می‌دهند، یافت نشد؛ بنابراین این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثّر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز در بین زنان میانسال شهر بیرجند، انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که با هدف تعیین عوامل مؤثّر بر انجام رفتار پیشگیری‌کننده از آرتروز، بر روی ۳۲۵نفر از زنان ۲۹-۵۹سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۶ انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه شجاعی‌زاده و همکاران و طبق فرمول (۱) مشخص شد (۴).

فرمول (۱):

$$n = \frac{sd^2 \times z^2_{1-\alpha/2}}{d^2}$$

(n=۳۳۰, d=۰/۰۴, α=۰/۰۵, $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$, D=۳/۷۱

نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام شد؛ به این صورت که شهرستان بیرجند به دو منطقه شمال و جنوب تقسیم و از روی لیست مراکز بهداشتی در هر منطقه، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۲مرکز انتخاب گردید. سپس به مراکز بهداشتی و درمانی انتخاب‌شده مراجعه و به زنان مراجعه‌کننده به مراکز که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند (به‌صورت غیر احتمالی آسان)، در خصوص اهداف طرح و اهمیت موضوع توضیح داده شد. درنهایت پس از جلب رضایت آنان و دادن اطمینان نسبت به محرمانه‌بودن اطلاعات و تکمیل فرم رضایت توسط آنها، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان در محدوده سنّی ۲۹– ۵۹ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و عدم ابتلا به آرتروز (براساس گفته فرد) بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته به‌روش خودایفا انجام شد. پرسشنامه شامل: اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی (شامل حساسیت درک‌شده، شدّت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی درک‌شده) و سؤالات مربوط به عملکرد بود. سؤالات مربوط به بخش دموگرافیک شامل ۱۳سؤال در مورد تاریخ تولد، وضعیت تأهّل، سن ازدواج، سطح تحصیلات و ... بود. سؤالات مربوط به آگاهی شامل ۱۰سؤال چندگزینه‌ای بود که به گزینه درست نمره «یک» و به گزینه غلط نمره «صفر» تعلّق گرفت؛ بدین ترتیب دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰ بود. سؤالات مربوط به حساسیت درک‌شده شامل ۵سؤال، شدت درک‌شده ۹سؤال، منافع درک‌شده ۴سؤال، موانع درک‌شده ۸سؤال و خودکارآمدی درک‌شده ۸سؤال بود که پاسخ به آنها براساس روش لیکرت ۵گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) با امتیاز ۱ تا ۵ انجام شد. سؤالات مربوط به راهنما برای عمل شامل۶سؤال بود که ۳سؤال آن براساس لیکرت ۵گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) و سه سؤال دیگر به‌صورت چندگزینه‌ای پاسخ داده شد. سؤالات عملکرد شامل ۱۳سؤال بود که پاسخ به آنها به‌صورت دو گزینه بلی (با امتیاز ۱) و خیر (با امتیاز صفر) انجام شد. منظور از عملکرد، انجام روزانه نرمش‌های کششی و تقویتی مؤثّر (شنا و پیاده‌روی) به‌مدّت ۳۰دقیقه، مصرف مواد لبنی و سبزیجات به اندازه کافی، کنترل مرتب وزن، استفاده از بستر سفت، استفاده از کفش مناسب، نشستن به‌طور صحیح، استراحت پس از انجام کارهای سنگین و استفاده صحیح از مفاصل بود. نمره عملکرد کمتر از ۶/۵ «ضعیف»، نمره عملکرد ۹/۷۵ –۶/۵ «متوسط» و نمره عملکرد ۱۳–۹/۷۵ «خوب» ارزیابی شد.

در مطالعه حاضر برای سنجش روایی ابزار، پرسشنامه به ۷نفر از متخصصین آموزش بهداشت و اپیدمیولوژی داده شد و سپس شاخص‌های CVI و CVR محاسبه شد (بالاتر از ۰/۹). همچنین برای ارزیابی پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۳۰نفر از افراد جامعه هدف (با رعایت معیارهای ورود) تکمیل گردید و پایایی آن از طریق تعیین همبستگی درونی با روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (حساسیت درک‌شده α=۰/۶۹، شدت درک‌شده α=۰/۸۷، منافع درک‌شده α=۰/۷۸، موانع درک‌شده α=۰/۷۹ و خودکارآمدی درک‌شده α=۰/۸۲)، مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۸) وارد شد و توسط آزمون همبستگی و رگرسیون در سطح خطای ۰/۰۵، تجزیه و تحلیل گردید.

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد طرح ۴۴۹۸ و کد اخلاق IR.bums.REC.1396.31 می‌باشد.

یافته‌ها

تعداد افراد مورد مطالعه ۳۲۵نفر بود. میانگین سن زنان میانسال در این مطالعه ۸/۵±۳۹/۱۴ سال بود که ۸۷درصد

آنها متأهّل بودند. میانگین سن ازدواج ۱۵/۹۵±۲۲/۹۷سال و متوسط تعداد فرزندان ۱/۶۰±۲/۴۳نفر بود. اطلاعات دموگرافیک در جدول یک بیان شده است.

از نظر تحصیلات، بالاترین مقدار (۳۷٪) مربوط به گروه افراد زیردیپلم بود. میزان ۷۲/۶درصد (۲۲۶نفر) از افراد مورد مطالعه خانه‌دار بودند. اکثر افراد مورد مطالعه (۵۷/۵٪، ۱۸۳نفر) وضعیت درآمد خود را متوسط ارزیابی کردند. در مورد آرتروز و راه‌های تشخیص آن ۷۱/۴درصد (۲۳۲نفر) از افراد اظهار کردند که اطلاعاتی ندارند. میزان ۴۴/۹درصد (۱۳۳نفر) افراد، از عملکرد ضعیفی در ارتباط با رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز برخوردار بودند. در ارتباط با وضعیت فعالیت فیزیکی، تنها ۳۰/۵درصد (۹۹نفر) از آنان، فعالیت فیزیکی مناسب برای پیشگیری از آرتروز داشتند؛ به‌طوری که ۶۹/۵درصد آنها (۲۲۶نفر) اظهار داشتند فعالیت‌های فیزیکی مؤثّر مثل شنا و پیاده‌روی را انجام نمی‌دهند. در ارتباط با وضعیت رفتار تغذیه‌ای، تنها ۴۸درصد (۱۵۶نفر) از زنان میانسال از رفتار تغذیه‌ای مناسب برخوردار بودند؛ به‌طوری که ۵۱/۴درصد آنها (۱۶۷نفر) روزانه مواد لبنی و ۵۷/۵درصد (۱۸۷نفر) سبزیجات را به اندازه کافی مصرف نمی‌کردند. همچنین ۴۰درصد افراد (۱۳۰نفر)، وزن خود را به‌طور مرتب کنترل نمی‌کردند. در ارتباط با وضعیت استفاده از مفاصل، ۵۱/۷درصد از آنها استفاده صحیح از مفاصل برای پیشگیری از آرتروز را داشتند. میزان ۴۴/۹درصد (۱۴۷نفر) افراد مورد بررسی وضعیت عملکرد ضعیفی داشتند؛ ۳۶درصد از آنها (۱۱۷نفر) عملکرد متوسط و ۱۹/۱درصد عملکرد خوب (۶۲نفر) داشتند.

نتایج وضعیت همبستگی میانگین نمره سازه عملکرد با میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول یک ارائه شده است. برای بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز در زنان میانسال از رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد (جدول ۲). ارتباط بین عملکرد با سازه‌های آگاهی (P<۰/۰۰۱)، شدّت (P<۰/۰۱) و خودکارآمدی (P<۰/۰۰۱) با سازه عملکرد معنی‌دار بود. نتایج نشان داد متغیرهای خودکارآمدی، آگاهی و شدت درک‌شده بر انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز تأثیر معنی‌دار دارند. مجموعه این متغیرها ۱۵درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کردند. مقدار ضریب بتای استاندارد نشان داد که با شرط ثابت‌بودن سایر متغیرها، در صورت اضافه‌نمودن یک واحد به متغیرهای خودکارآمدی، آگاهی و شدّت درک‌شده، متغیر وابسته (انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز) به‌ترتیب: ۰/۳۳، ۰/۲۵ و ۰/۱۷ افزایش می‌یابد.

جدول ۱- متغیرها و ماتریس همبستگی نمره عملکرد بامیانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱-آگاهی	۴/۷۱	۱/۹۵							
۲-حساسیت‌درک‌شده	۱۹/۹	۱/۹	r=۰/۲۹ P<۰/۰۰۱						
۳-شدت درک‌شده	۳۰/۰۳	۷/۰۱	r=۰/۰۱ NS	r=۰/۲۷ P<۰/۰۰۱					
۴-منافع درک‌شده	۱۷/۶	۲/۶	r=۰/۲۳ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۵ P=۰/۰۰۷	r=۰/۱ NS				
۵-موانع درک‌شده	۲۵/۴	۶/۳	r=۰/۰۹ NS	r=۰/۱۵ P=۰/۰۰۵	r=۰/۲ P<۰/۰۰۱	r=۰/۰۷ NS			
۶-خودکارآمدی	۲۹/۷	۷/۵	r=۰/۰۶ NS	r=۰/۲۷ P=۰/۰۲	r=۰/۴۴ P<۰/۰۰۱	r=۰/۰۷ NS	r=-۰/۰۵ NS		
۷-عملکرد	۷/۱	۲/۸	r=۰/۲۶ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۰۹ NS	r=-۰/۰۰۱ NS	r=۰/۱ NS	r=-۰/۰۹ NS	r=۰/۲۷ P<۰/۰۰۱	

جدول ۲- خلاصه نتایج آزمون رگرسیون چندطرفه (به روش گام به گام) برای بررسی عوامل مؤثّر بر انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز در زنان میانسال

R	R2 تعدیل‌شده	خطا	F	سطح معنی‌داری
۰/۴۰	۰/۱۵	۲/۶۱	۱۸/۲۹	<۰/۰۰۱
برآورد ضرایب رگرسیونی				
	a	b	β	t	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۳/۷۴	۰/۱۲	۰/۳۳	۵/۴۱	<۰/۰۰۱
آگاهی	۳/۷۴	۰/۳۲	۰/۲۵	۴/۶۰	<۰/۰۰۱
شدت درک‌شده	۳/۷۴	۰/۶	۰/۱۷	۲/۷۱	<۰/۰۰۷

بحث

آرتروز از جمله بیماری‌های شایع در سنین بالاست که شروع آن در سنین میانسالی می‌باشد و می‌تواند باعث ایجاد ناتوانی‌های زیادی در افراد مسن شود. تاکنون عوامل خطر زیادی برای این بیماری شناخته شده است که آشنایی با آنها و انجام برخی از مراقبت‌ها و رفتارهای پیشگیری‌کننده می‌تواند در کاهش بروز این بیماری مؤثّر باشد. هدف از این مطالعه، تعیین عوامل مؤثّر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز در زنان میانسال بود تا با استفاده از نتایج این پژوهش، گامی در جهت طراحی مداخلات به‌منظور ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز و ارتقای سلامت زنان در جامعه برداشته شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که عملکرد زنان میانسال شهر بیرجند در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز نامطلوب می‌باشد؛ به‌طوری که اکثر افراد مورد مطالعه، روزانه فعالیت‌های فیزیکی مؤثّر مثل شنا و پیاده‌روی را نداشتند و همچنین مصرف مواد لبنی و سبزیجات در زنان مورد بررسی به اندازه مناسب نبود و آنها وزن خود را نیز به‌طور مرتب کنترل نمی‌کردند. همچنین در وضعیت‌های مختلف، نیمی از آنان اصول صحیح استفاده از مفاصل را رعایت نمی‌کردند که این خود منجر به عملکرد ضعیف افراد شده بود. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه خورسندی و همکاران (۶) همسو است؛ ولی به دلیل اینکه عملکرد افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر خوب ارزیابی شده بود، با مطالعه نعیمی و همکاران ناهمسو می‌باشد (۷). انجام روزانه ۳۰دقیقه فعالیت‌های مؤثّر (شنا و پیاده‌روی)، مصرف مواد لبنی و سبزیجات به اندازه کافی و استفاده صحیح از مفاصل تأثیر بسیار زیادی در پیشگیری از آرتروز و سلامت مفاصل دارد. متأسفانه به علت عدم دانش کافی و باور افراد، وضعیت این رفتارها مناسب نمی‌باشد و عواملی همچون آگاهی، شدت درک‌شده و خودکارآمدی بر روی این رفتارها مؤثّر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که متغیر آگاهی، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پیشگیری از آرتروز می‌باشد و این نتیجه با نتایج مطالعه ذاکریان و همکاران (۸) همسو می‌باشد، ولی با نتایج مطالعه موسوی و همکاران به دلیل اینکه افراد مورد مطالعه آنها از آگاهی به‌نسبت خوبی در ارتباط با آرتروز برخوردار بودند، ناهمسو می‌باشد (۹). بر اساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر، درصد قابل ملاحظه‌ای از افراد بیان داشتند که در ارتباط با آرتروز اطلاعاتی ندارند؛ حتی برخی از آنها اظهار می‌کردند که نام آرتروز را هرگز نشنیده‌اند. به نظر می‌رسد با یک برنامه‌ریزی آموزشی جامع از طریق مراکز بهداشتی و درمانی به‌عنوان یکی از مهمترین راه‌های کسب آگاهی، می‌توان سطح آگاهی افراد را به حدّ مطلوب رساند.

پیش‌بینی‌کننده دیگر رفتارهای پیشگیری از آرتروز در افراد مورد مطالعه، شدت درک‌شده بود که مبیّن اعتقاد زنان در مورد عواقب خطرناک ابتلا به آرتروز می‌باشد. شدّت درک‌شده، متأثّر از میزان دانش افراد در مورد بیماری آرتروز و مبیّن میزان درک آنها از ناتوانی‌های ناشی از بیماری آرتروز

می‌باشد. مطالعه‌ای همسو با پژوهش حاضر که در آن سازه شدت درک شده، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز باشد، یافت نشد؛ اما ازجمله مطالعات غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر، به نتایج مطالعه غفاری و همکاران می‌توان اشاره کرد که در آن ارتباط شدت درک‌شده با فعالیت فیزیکی برای پیشگیری از پوکی استخوان معنی‌دار نبود (۱۰). هر چه افراد از عواقب بیماری آرتروز درک بالاتری داشته باشند، بیشتر برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز ترغیب می‌شوند.

از دیگر پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری از آرتروز در افراد مورد مطالعه، خودکارآمدی درک‌شده بود که نشان‌دهنده باور افراد مورد مطالعه در ارتباط با توانایی انجام رفتارهای پیشگیری از آرتروز می‌باشد. این نتیجه با نتایج مطالعه جیحونی و همکاران همسو بود (۵). وقتی افراد به توانایی خود برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز باور داشته باشند، به‌طور مسلّم آن رفتار را بهتر انجام خواهند داد.

یافته‌ها در مطالعه حاضر نشان داد که سازه حساسیت درک‌شده، پیش‌بینی‌کننده خوبی برای رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز نبود. طبق نتایج این مطالعه، زنان مورد مطالعه در مورد میزان شیوع ابتلا به آرتروز، تقریباً اطلاعات کافی نداشتند؛ به عبارتی خود را در معرض ابتلا به آن احساس نمی‌کردند. از جمله مطالعات همسو با پژوهش حاضر، می‌توان به مطالعه خورسندی و همکاران اشاره کرد (۶)؛ ولی از جمله مطالعات غیر همسو که در آن حساسیت درک‌شده پیش‌گویی‌کننده رفتار باشد، می‌توان به نتایج مطالعه خورسندی و همکاران و جیحونی و همکاران اشاره کرد (۵، ۶). وقتی افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری بدانند، انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده در آنان تسهیل می‌شود. در خصوص افزایش حساسیت درک‌شده زنان میانسال لازم است پرسنل بهداشتی و پزشکان از طریق ارائه آمار و ارقام مربوط به میزان شیوع ابتلا به آرتروز به‌عنوان یک بیماری خاموش، زنان را نسبت به موضوع حساس نمایند.

نتیجه دیگر این بررسی، حاکی از درک پایین زنان میانسال از منافع حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز می‌باشد. سازه منافع درک‌شده در مطالعه حاضر پیشگویی‌کننده مناسبی نبود. این نتیجه با نتایج مطالعه غفاری و همکاران همسو می‌باشد (۱۰)؛ ولی با مطالعه خورسندی و همکاران که ارتباط بین منافع درک‌شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از پوکی استخوان در مطالعه آنها معنی‌دار نشد، مطابقت ندارد (۶). بر این اساس، انجام مطالعات جامع‌تر برای انجام برنامه‌های آموزشی، ضروری به نظر می‌رسد.

از نتایج دیگر این پژوهش، وضعیت درک زنان میانسال از موانع موجود در جهت انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز بود که خود یکی از عوامل عمده برای جلوگیری از انجام رفتارهای پیشگیرانه مناسب می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که سازه موانع درک‌شده، پیشگویی‌کننده خوبی برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز نمی‌باشد. این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعه غفاری و همکاران که در مطالعه آنها سازه موانع درک‌شده به‌عنوان یک پیشگویی‌کننده قوی برای انجام رفتار معرفی‌شده گزاش شد، ناهمسو می‌باشد (۱۰). علت این امر می‌تواند، عدم آگاهی افراد مطالعه حاضر از اهمیت انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز و اولویت‌ندادن به این امر در مقایسه با سایر امور باشد؛ همچنین می‌تواند ناشی از موانعی باشد که جزء گویه‌های پرسشنامه قید نشده است.

لازم به ذکر است که تاکنون مطالعات کمی در ارتباط با بررسی تئوری‌محور پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز انجام گرفته است. در واقع یکی از مهمترین نقاط قوت پژوهش حاضر، به‌کارگیری یک چارچوب منظم و منطقی درجهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر رفتار مورد نظر می‌باشد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر باید به تمرکز بر زنان میانسال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی اشاره کرد که همه زنان جامعه را در بر نمی‌گیرد و در

نتیجه شاید نتوان نتایج را به کل زنان شهر بیرجند تعمیم داد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، مقطعی‌بودن پژوهش می‌باشد که در آن نمی‌توان در بین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز، رابطه علت و معلولی پیدا کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز نامطلوب بود و عوامل آگاهی، شدّت و خودکارآمدی درک‌شده جزء سازه‌های تأثیرگذار در این مطالعه شناخته شد؛ بنابراین لزوم تدوین یک برنامه آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای افزایش آگاهی، شدّت درک‌شده و ایجاد خودکارآمدی و کاهش موانع درک‌شده در زنان میانسال نسبت به انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از آرتروز توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فنآوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به جهت حمایت مالی طرح و همچنین از پرسنل بهداشتی و درمانی و کلیه زنان محترم شرکت‌کننده در مطالعه، کمال قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع:

1- Naji A, Akhlaghi M. Osteoarthritis. 1st ed. Tehran: Tehran of University Medical Sciences; 2011. [Persian]

2- lam p, Horstman J. Overcoming arthritis Dorling kindersley. Translated by: ghorbani.M. 1st ed. Tehran: Hayyan; 2002.15-25. [Persian]

3- Mazloumi Mahmoudabad SS, Bajalan M, Dormohammadi Toosi T, Tarahi MJ, Bonyadi F. The effect of training on adopting behaviors preventing from knee osteoarthritis based on planned behavior theory. Tooloo-e-Behdasht. 2015; 14(1): 12-23. [Persian]

4- Shojaezadeh D, Sadeghi R, Tarrahi MJ, Asadi M, Lashgarara B. Application of health belief model in prevention of osteoporosis in volunteers of Khorramabad city health centers, Iran. J Health Syst Res. 2012; 8(2): 183-92. [Persian]

5- hani Jeihooni A, Hidarnia A, Kaveh M H, Hajizadeh E, Gholami T. Survey of osteoporosis preventive behaviors among women in Fasa: The Application of the Health Belief Model and Social Cognitive Theory. Iran South Med J. 2016; 19(1): 48-62. [Persian]

6- Khorsandi M, Shamsi M, Jahani M. The Survey of Practice About Prevention of Osteoporosis Based on Health Belief Model in Pregnant Women in Arak City. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2013; 12(1): 35-46. [Persian]

7- Naeimi SS, Sedaghat L. Physiotherapist performance and attitude towards osteoporosis in Tehran, 1999-2000. Pajouhesh Dar Pezeshki (Research in Medicine). 2003; 27(1): 57-62. [Persian]

8- Zakeriyan SA, Monazzam MR, Farhang Dehghan S, Habibi Mohraz M, Safari H, Asghari M. Relationship Between Knowledge of Ergonomics and Workplace Conditions with Musculoskeletal Disorders among Nurses: A Questionnaire Survey. World Appl Sci J. 2013; 24(2): 227-33.

9- Mousavi S, Al-hammadi W, Azimi SA. The Knowledge of People Referred to Al-zahra Hospital Orthopedic Clinic (Isfahan, Iran) about Risk Factors of Knee Osteoarthritis. J Isfahan Med Sch. 2013;31(258):1735-43. [Persian]

10- Ghafari M, Nasirzadeh M, Aligol M, Davoodi F, Nejatifar M, Kabiri S, et al. Determinants of physical activity for prevention of osteoporosis among female students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Application of health belief model. Pejouhandeh. 2014; 19(5): 244-50. [Persian]