

Original Article

level of knowledge, attitude and practice of clients of rural health centers in relation to some risk factors for cardiovascular disease

Fatemeh Baghernezhad Hesary ¹ , Valiallah Vahdaninia ² , Zahra vahdaninia ³ , Reza Sadeghi ⁴ 

¹ PhD in Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

² PhD in Public Policy, Health Policy and Management Research Center, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Senior Reserarcher of Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Public Health, medical School, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Valiallah Vahdaninia
e-mail addresses:
vvnia@yahoo.com

Received: 21/June/2020
Modified: 14/Sep/2020
Accepted: 21/Sep/2020
Available online: 06/Dec/2020

Keywords:

Policy research
non-communicable diseases
cardiovascular diseases
risk factors
empowering people

ABSTRACT

Introduction: In both developed and developing countries, in urban and rural areas, communities are experiencing an epidemic of non-communicable diseases. Empowering people to deal effectively with this epidemic and its risk factors is essential. Therefore, in order to determine the educational needs, this study examined the level of attitude, knowledge, and practice of clients in rural health centers in relation to some risk factors for cardiovascular disease.

Methods: A cross-sectional descriptive-analytic study was conducted on 245 clients, aged 18 to 60, in rural health centers of South Khorasan province in 2017. Data were collected over a period of four weeks and analyzed with descriptive and analytical statistical methods (Pearson correlation coefficient and t-test), at the significance level of 0.05, using SPSS software version 18.

Results: The mean age of the subjects was 38.5 years. The mean score of knowledge and practice of individuals in relation to cardiovascular risk factors was favorable, but the mean score of attitude was low. The results of Pearson correlation test showed that there was a significant relationship between the mean score of knowledge, attitude, and practice of individuals. The strongest relationship was between knowledge and attitude ($r=0/46$). According to the independent t-test, there was no significant relationship between the history of hypertension and knowledge ($p = 0.7$), attitude ($p = 0.5$) and performance ($p = 0.6$).

Conclusion: Although, for the success of people's empowerment policy, it is necessary to pay attention to all three dimensions of attitude, awareness, and performance, the findings of this study showed a low level of attitude. Due to the relationship between attitude and lifestyle choices and exposure to risk factors of cardiovascular disease, it is recommended that we adopt an appropriate educational policy to improve the attitude of individuals.

سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مراجعین مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در رابطه با برخی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی

فاطمه باقرنژاد حصارى^۱، ولی اله وحدانی نیا^{۲*}، زهرا وحدانی نیا^۳، رضا صادقی^۴ 

^۱دکترای تخصصی، ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
^۲دکترای تخصصی، سیاستگذاری عمومی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری و مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.
^۳پژوهشگر ارشد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
^۴استاد یار، آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران.

چکیده

مقدمه: جوامع در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و در هر دو بخش شهری و روستایی، در حال تجربه اپیدمی بیماری‌های غیر واگیر هستند. توانمندسازی مردم برای مقابله مؤثر با این اپیدمی و عوامل خطرش ضروری است. در مطالعه حاضر به منظور تعیین نیاز آموزشی، سطح نگرش، آگاهی و عملکرد مراجعین مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی بررسی شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر، مقطعی و به روش توصیفی و تحلیلی بر روی ۲۴۵ نفر از مراجعین ۱۸ تا ۶۰ سال در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. داده‌ها در یک بازه زمانی چهار هفته‌ای جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مطالعه شده $38/5 \pm 7/82$ سال بود. میانگین نمره آگاهی و عملکرد افراد در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی مطلوب بود؛ اما میانگین نمره نگرش افراد پایین بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد ارتباط معناداری وجود دارد. قوی‌ترین ارتباط بین آگاهی و نگرش به دست آمد ($r=0/46$). بر اساس آزمون t-test ارتباط معنی‌داری بین سابقه ابتلا به فشارخون و آگاهی ($p=0/07$)، نگرش ($p=0/05$) و عملکرد ($p=0/06$) افراد وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: گرچه، توجه به ابعاد نگرش، آگاهی و عملکرد برای موفقیت سیاست توانمندسازی مردم ضروری است اما یافته‌های این مطالعه، پایین بودن سطح نگرش افراد را نشان داد که با توجه به ارتباط نگرش فرد با انتخاب سبک زندگی و مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی، اتخاذ سیاست آموزشی مناسب جهت ارتقای سطح نگرش افراد توصیه می‌گردد.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

ولی اله وحدانی نیا

رایانامه:

vvnia@yahoo.com

وصول مقاله: ۹۹/۰۴/۰۱

اصلاح نهایی: ۹۹/۰۶/۲۴

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۶/۳۱

انتشار آنلاین: ۹۹/۰۹/۱۶

واژه‌های کلیدی:

سیاست پژوهی

بیماری‌های غیر واگیر

قلبی و عروقی

عوامل خطر

توانمندسازی مردم

نوع دو، سیگار کشیدن، چاقی، نداشتن فعالیت بدنی منظم و رژیم غذایی نامناسب است [۲]. مطالعه فرامینگهام نشان داد که چاقی خطر نسبی ابتلا به سکت‌های قلبی را در زنان افزایش می‌دهد. [۷] سیگار کشیدن و مدت زمان پیاده‌روی از عوامل خطر عمده بیماری‌های قلبی و عروقی هستند. [۸] سبک زندگی از عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی است. [۹] نتایج مطالعات نشان داده است که مداخلاتی مانند پیشگیری مقدماتی (مالیات دخانیات، کاهش مصرف نمک، مقررات برچسب‌زن به مواد غذایی، تنظیم تبلیغات مواد غذایی، اصلاح سبک زندگی و درمان گروه‌های پرخطر، اثربخشی زیادی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی و عروقی داشته است. [۱۰] شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی و راه‌های پیشگیری از آن در کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی اهمیت به سزایی دارد [۱۱]

اما اغلب، عدم شناخت عوامل خطر و گاه تصورات نادرست باعث شده تا مردم توصیه‌های پیشگیرانه را جدی نگرفته و با در پیش گرفتن سبک زندگی ناسالم و رفتارهای پرخطر خود را در معرض پیدایش و پیشرفت این بیماری‌ها قرار دهند. [۱۲] شواهد حکایت از سطح آگاهی پایین و عملکرد ضعیف و نگرش ضعیف مردم درباره عوامل خطر بیماری‌های قلب و عروق دارد. [۱۳-۱۷] این در حالی است که جوامع موفق در کنترل روند روبه افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی، غالباً دست به ترویج شناخت عوامل خطر این بیماری‌ها زده‌اند. [۱۸] در هر حال، وضعیت بحرانی شیوع این قبیل بیماری‌ها با توجه به تأثیرات و هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی که دارد، به وضوح غیرقابل تحمل است و نیاز است تا رویکردهای سیاستی جدید و مؤثر برای پیشگیری و حفظ و ارتقاء سلامت جامعه اتخاذ گردد. در همین راستا است که سیاست توانمندسازی مردم، به‌عنوان اصلی اساسی از مدل ارتقای سلامت و یکی از حوزه‌های پنجگانه اقدام استراتژیک در منشور اتاوا، توصیه شده است؛ اینکه مردم را توانمند سازیم، تا بر سلامتی خود کنترل داشته و آن را حفظ و ارتقاء دهند، هدف و ایده اصلی اندیشه ارتقای سلامت است. به عبارتی، منظور از توانمندی مردم این است که افراد بدانند چه

بیماری‌های قلبی و عروقی، مهم‌ترین بیماری‌های غیر واگیر و علت اول مرگ‌ومیر در جهان شناخته می‌شود. [۱-۲] بیماری‌های غیر واگیر، آن دسته از بیماری‌هایی هستند که در درازمدت و در نتیجه ترکیبی از عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی، محیطی و رفتاری شکل گرفته و پیشرفت می‌کنند و عمدتاً مربوط به عوامل خطر قابل‌پیشگیری هستند. [۱] محرک شیوع بیماری‌های غیر واگیر، روندها و نیروهای پیشرانی از قبیل شهرنشینی برنامه‌ریزی نشده، جهانی‌شدن سریع، سبک‌های زندگی ناسالم و پیری جمعیت است. [۳] بار بیماری‌های غیر واگیر، تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهد و هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت سلامت، به دلیل تکنولوژی محور شدن روزافزون و روش‌های گران‌قیمت، نه تنها فشار مضاعفی بر منابع محدود اقتصاد ملی تحمیل می‌کند بلکه، می‌تواند به سرعت منابع مالی خانواده را کاهش و آن را به سمت فقر سوق دهد که آسیب‌های اجتماعی به دنبال دارد. [۴] در عین حال، فاکتور فقر ارتباط نزدیکی با شیوع بیشتر این بیماری‌ها دارد بطوریکه بیماری‌های قلبی و عروقی باعث سه‌چهارم موارد مرگ زودرس در کشورهایی با درآمد کم و متوسط است. [۵] بیماری‌های غیر واگیر، باعث بیش از ۱/۴ میلیارد سال زندگی با معلولیت و ناتوانی شده است [۵] و چالشی بزرگ برای توسعه پایدار شناخته می‌شود؛ بنابراین، فراخوان ۲۰۳۰ ملل متحد (اهداف جهانی)، سران کشورها و حکومت‌ها را متعهد به توسعه اقدامات سیاستی بلندپروازانه ملی برای کاهش یک‌سوم مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر تا سال ۲۰۳۰ از طریق پیشگیری و درمان کرده است. [۶] یک روش مهم و کم‌هزینه برای دولت‌ها و سایر ذینفعان در جهت کنترل بیماری‌های غیر واگیر، تمرکز بر کاهش عوامل خطر مرتبط با این بیماری‌ها است. [۱] عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی شامل دودسته عوامل قابل‌تغییر و غیرقابل‌تغییر است. عوامل غیرقابل‌تغییر مانند سن، جنس و ژنتیک و عوامل قابل‌تغییر شامل اختلالات چربی خون، فشارخون بالا، دیابت

ساخته بود که توسط افراد به صورت داوطلبانه تکمیل گردید و مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی و سؤالات مربوط به سنجش آگاهی نگرش و عملکرد طراحی شده بود. اطلاعات جمعیت شناختی این پرسش نامه شامل شش سؤال در زمینه سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری فشارخون، دیابت، چربی خون بالا و سؤالات بخش سنجش آگاهی شامل ۱۷ سؤال مربوط به آگاهی از برخی از عوامل خطر بروز بیماری های قلبی و عروقی از جمله اهمیت بیماری، تغذیه، استعمال دخانیات، فعالیت بدنی بود و سؤالات بخش سنجش نگرش شامل ۱۶ سؤال مربوط به بررسی سنجش نگرش گروه هدف بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (خیلی موافق، موافق، بی نظر، خیلی مخالف، مخالف) در زمینه برخی از عوامل مؤثر در پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی و سؤالات بخش عملکرد شامل ۱۱ سؤال مربوط به بررسی سطح عملکرد گروه هدف در رابطه با تغذیه، فعالیت بدنی، استعمال دخانیات بود. روایی پرسش نامه با استفاده از هم اندیشی کارشناسان آموزش بهداشت، تغذیه و بهداشت، پزشکی به صورت روایی محتوی بررسی شده و نظرات داده شده اعمال گردید. پایایی پرسش نامه نیز پس از اجرای آزمایش بر روی ۱۵ نفر از نمونه هایی که داخل مطالعه قرار نمی گرفتند اجرا و به روش همسان سازی آلفا کرونباخ بررسی شد که ۰/۸ محاسبه گردید. نمره دهی پرسش نامه به این ترتیب بود که در متغیر آگاهی امتیاز هر فرد در طیفی از صفر تا ۱۷ مشخص شد به طوری که به هر گزینه صحیح، یک امتیاز و به گزینه غلط، امتیاز صفر تعلق گرفت. در متغیر نگرش نمره دهی بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (خیلی موافق/ موافق/ نظری ندارم/ مخالف/ خیلی مخالف) انجام شد به این ترتیب که از یک تا پنج و در مجموع ۸۰ امتیاز تعلق گرفت. در متغیر عملکرد نیز امتیاز هر فرد از صفر تا ۱۱ مشخص شد به طوری که به هر گزینه عملکرد مطلوب امتیاز یک و به هر گزینه عملکرد نامطلوب امتیاز صفر تعلق گرفت. پس از تکمیل پرسش نامه ها، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شده و با استفاده از آزمون های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و با توجه به این که حجم نمونه ها بیشتر از ۳۰

رفتارهایی مناسب است (آگاهی) و مطمئن باشند که این رفتار برای آنها سودمند است (نگرش) و نهایتاً قادر باشند آن ها را انجام دهند (عملکرد). [۱۹] بنابراین، با توجه به نقش آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه در پیشگیری موفق از بیماری های قلبی و عروقی و از طرفی محرومیت جوامع روستایی و اهمیت سیاست آموزشی مناسب در توانمندسازی آنان، در مطالعه حاضر با بررسی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی روستایی در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی، نیاز مداخله سیاستی شناسایی و معرفی شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که با هدف تعیین سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی بر روی ۲۴۵ نفر در استان خراسان جنوبی انجام شد. جامعه مورد مطالعه، کلیه مراجعین ۶۰-۱۸ سال مراکز بهداشتی و درمانی روستایی بودند که در یک بازه چهار هفته ای در سال ۱۳۹۶ بررسی شد. معیار ورود شامل سن ۶۰-۱۸ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله انجام شد به این ترتیب که ۵۰ درصد مراکز بهداشتی درمانی روستایی بر اساس نمونه گیری تصادفی ساده به نسبت جمعیت هر شهرستان انتخاب در مرحله بعد نیز بر اساس نمونه گیری در دسترس از بین مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی روستایی با تمایل شرکت در مطالعه نمونه پژوهش انتخاب شد. تعداد نمونه با توجه به مطالعه مشابه (مظلومی) محاسبه گردید [۲۰]

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times (s^2)}{(d)^2} = \frac{(1.96)^2 \times (4^2)}{(\frac{1}{8} \times 4)^2} = \frac{61.46}{1025} = 245$$

Z: ضریب اطمینان ۹۵٪ یعنی ۱/۹۶ است.

S: بزرگ ترین مقدار انحراف معیار آگاهی، نگرش و عملکرد: ۲/۰۳

d: حداقل میزان دقت است که $S \frac{1}{8}$ در نظر گرفته شده است. بر این اساس تعداد نمونه ۲۴۵ است که حدوداً ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزار جمع آوری داده ها، پرسش نامه محقق

سودمند یا مضر باشد. [۲۲] نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره عملکرد افراد در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی مطلوب بوده است به طوری که نمره عملکرد ۷/۶ از ۱۱ نمره کل بوده است؛ و اما میانگین نمره نگرش افراد پایین بوده است و میانگین نمره نگرش افراد ۲۵ بوده در حالی که مجموع کل نمره نگرش ۸۰ بوده است. (جدول شماره یک) جدول شماره ۱: میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد

افراد در رابطه با عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی

شاخص	Mean±SD
میانگین نمره آگاهی	۱۴ ± ۱/۵۶
میانگین نمره نگرش	۲۵ ± ۱/۰۴
میانگین نمره عملکرد	۵۸/۱ ± ۷/۳۰

نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین آگاهی، نگرش و عملکرد افراد ارتباط معناداری وجود دارد و قوی‌ترین ارتباط بین آگاهی و نگرش به دست آمد (۲=۰/۴۶) (جدول شماره دو)

جدول شماره ۲: همبستگی آگاهی، نگرش و عملکرد افراد

در رابطه با عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی

آگاهی	نگرش	عملکرد
-	۰/۴۶	۰/۲۱
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
۰/۴۶	-	۰/۲۱
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
۰/۲۱	۰/۲۱	-
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-

و بر اساس آزمون t-test بین سابقه ابتلا به فشارخون بالا و آگاهی، نگرش و عملکرد افراد ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. (جدول شماره سه)

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و

عملکرد افراد با سابقه ابتلا به فشارخون بالا با افراد بدون سابقه

متغیر	سابقه ابتلا	عدم سابقه ابتلا	p
آگاهی	۱۴/۰۵ ± ۱/۵	۱۳/۹۹ ± ۱/۴۷	۰/۷
نگرش	۲۴/۲۸ ± ۴/۲۹	۲۵/۰۸ ± ۳/۹	۰/۵۸
عملکرد	۷/۵۷ ± ۱/۰۵	۷/۵۳ ± ۱/۰۵	۰/۶

بود، توزیع متغیرها نرمال در نظر گرفته شد و از روش‌های تحلیلی پارامتری (ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی) استفاده شد. تحلیل داده‌ها در سطح خطای پنج درصد انجام گرفت.

یافته‌ها

۵۷/۶ درصد افراد مورد مطالعه در این پژوهش زن و ۴۲/۴ درصد افراد مرد بوده‌اند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۸/۵ ± ۷/۸۲ سال بوده و ۴۳/۲۶ درصد افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۱۸-۳۵ و ۵۶/۷ درصد در گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال قرار داشته‌اند. ۷۶ درصد افراد مطالعه دارای سطح سواد زیر دیپلم و ۱۹/۷ درصد دارای دیپلم و فقط ۳/۳ درصد افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. در رابطه با عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی (بیماری دیابت، فشارخون بالا و چربی خون بالا) ۱۸/۸ درصد افراد دارای سابقه این بیماری‌ها بوده‌اند، ۱۰/۶ درصد افراد مورد مطالعه دارای سابقه فشارخون بالا، ۲/۹ درصد افراد دارای سابقه دیابت و ۵/۳ درصد دارای چربی خون بالا بوده‌اند و ۳/۳ درصد افراد سیگار استعمال می‌کرده‌اند. یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی کم‌حرکی و نداشتن فعالیت بدنی منظم است که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که فقط ۴۳/۶ درصد افراد فعالیت بدنی منظم (۳ بار و یا بیشتر در هفته به مدت حداقل ۳۰ دقیقه) داشته‌اند و بقیه افراد یا فعالیت بدنی نداشته یا کمتر از این میزان بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که فقط ۴۷/۴ درصد افراد بیش از ۶ ماه از انجام رفتار بهداشتی (فعالیت بدنی منظم) می‌گذرد. دانش افراد در مورد یک موضوع، عامل مهمی در انجام رفتار است. [۲۱] نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره آگاهی افراد مورد مطالعه ۱۴ از ۱۷ نمره کل بوده است و آگاهی افراد در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی مطلوب بوده است.

نگرش واکنش‌ها یا گرایش‌های ارزشیابی‌کننده دلخواه یا غیر دلخواه نسبت به یک موضوع است و عملکرد یک اقدام است که فراوانی و مدت‌زمان دارد. همچنین، رفتار ممکن است

است. [۵] در مطالعه مردانین درصد بالایی از افراد مورد پژوهش برنامه ورزشی منظم نداشتند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. [۲۵] افراد مورد مطالعه ۸۲/۵ درصد نمره مربوط به آگاهی، ۳۱/۲۵ درصد نگرش و ۶۸/۱۸ درصد نمره عملکرد را کسب کرده‌اند. سطح آگاهی افراد مطلوب بوده و بالاتر از سطح آگاهی افراد در مطالعه جعفری و همکاران بر روی زنان ۱۴-۶۶ سال بوده است. [۲۶] در مطالعه‌ای که در آفریقا انجام شد ۵۲ درصد افراد سطح دانش ضعیف داشتند و نمره کسب شده ۱۲/۱ از ۲۵ بود. میانگین نمره آگاهی در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی ۷/۷ از مجموع نه بود و در دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشته است. ۴۵ درصد افراد از علائم خطر حمله قلبی و سکتة بی‌اطلاع بوده‌اند. [۵] نتایج یک مطالعه مروری نشان داد که در بسیاری از مطالعات سطح دانش و آگاهی افراد در مورد بیماری‌های قلبی و عروقی و فاکتورهای خطر آن به‌طور کلی پایین است و سطح دانش افراد با سطح تحصیلات و منطقه زندگی فرد (شهر - روستا) ارتباط داشته است. [۲۷] در مطالعه حاضر افرادی که سابقه ابتلا به بیماری فشارخون، بیماری‌های قلبی و عروقی و اختلال چربی خون داشته‌اند، در بین افراد حاضر در مطالعه وجود داشته است که می‌تواند دلیلی برداشتن آگاهی بیشتر افراد در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی باشد. همچنین، گروه هدف، مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی بوده که ممکن است آموزش‌هایی را در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی دریافت کرده باشند. نتایج مطالعه نشان داد که مشارکت‌کنندگان، دانش و نگرش خوبی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی داشتند. نتایج آگاهی مطالعه حاضر با مطالعه فوق‌الذکر [۱۸] همخوانی دارد و با نتایج نگرش متناقض است. تفاوت‌های جمعیت‌شناختی، شرایط اجتماعی و فرهنگی می‌تواند دلایلی برای تفاوت باشد. نتایج مطالعه‌ای در مالزی نشان داد که سطح آگاهی و نگرش افراد در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی مناسب بود و بیش از ۵۰ درصد افراد سبک زندگی سالم (پیاده‌روی بیش از ۱۰ دقیقه، مصرف سبزیجات،

بر اساس آزمون تی میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی در دو جنس تفاوت معنی‌داری ندارد. (جدول شماره چهار)

جدول شماره ۴: میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در دو جنس

متغیر	مرد	زن	P
آگاهی	۱۳/۹۹±۱/۴۷	۱۴/۰۱±۱/۵۳	۰/۶
نگرش	۲۵/۹۸±۳/۳۷	۲۴/۷۸±۴/۰۵	۰/۲۶
عملکرد	۷/۵۷±۱/۰۵	۷/۵۹±۱/۰۴	۰/۶۸

بحث و نتیجه‌گیری

افزایش بیماری‌های غیر واگیر که ریشه در زمینه زندگی مردم دارد، یک مسئله بغرنج و پیچیده سیاستی است که حل آن مستلزم تفکرسیستی، چشم‌اندازی گسترده، جهت‌گیری استراتژیک، آمیخته‌ای از ابزارهای حکمرانی و روش‌های یکپارچه سیاست‌گذاری است که در آن وابستگی متقابل تمامی ذی‌نفعان و بازیگران، ابعاد و ماهیت اجتماعی و اقتصادی مسئله و نقش توانمندی خود افراد جامعه دیده‌شده باشد. سیاست توانمندسازی مردم، یک جزء کلیدی مقابله با بیماری‌های غیر واگیر در جهت کمک به مردم برای کنترل بیشتر بر حفظ سلامتی است. [۲۳] بیماری‌های قلبی و عروقی مهم‌ترین بیماری‌های غیر واگیر و اصلی‌ترین عامل مرگ‌ومیر در ایران و جهان هست و از طرفی جوامع روستایی به دلایل ناشی از محرومیت ممکن است بیشتر در معرض این بحران باشند. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که ۱۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه سابقه فشارخون، اختلال چربی خون و یا دیابت داشته‌اند که نسبت برخی مطالعات کمتر است. مطالعه حاضر در روستاها و در گروه سنی ۶۰-۱۸ سال انجام شده است و این تفاوت در متغیرهای جمعیت‌شناختی می‌تواند دلیلی برای این تفاوت‌ها باشد. [۲۴] همچنین، ۴۲/۶ افراد مورد مطالعه فعالیت بدنی به‌صورت حداقل سه روز در هفته به مدت ۳۰ دقیقه داشتند در مطالعه دیگری نیز ۵۰ درصد افراد سه بار در هفته فعالیت بدنی داشتند که مشابه نتایج حاضر

سابقه بیماری‌های مرتبط به‌عنوان معیار خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شود.

سلامت‌های اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مراجعین مراکز بهداشتی درمانی روستایی در رابطه با برخی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی»، مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۵ با کد اخلاق به شماره IR.bums.ac.Rec.1394.464 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد مطالعه ۳۷۳۴ انجام گرفته است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بهورزان و کارشناسان بهداشتی و همکاری ارزشمند مشارکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌نمایم.

محدودیت مصرف فست فود) را رعایت می‌کردند که در خصوص آگاهی و عملکرد با مطالعه حاضر همخوانی دارد و در رابطه با نگرش نتایج مطالعه متناقض است. [۱۱] نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد رابطه با برخی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در دو جنس تفاوت معناداری نداشت که با نتایج برخی مطالعات دیگر همخوانی دارد. [۵] البته، در مطالعه آمیندی، آگاهی افراد در مورد علائم حمله قلبی در زنان بهتر بوده است. [۵] نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد ارتباط معناداری وجود داشت (۰/۰۰۱). مطالعه بیگی و همکاران نیز، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین آگاهی و رفتار تغذیه‌ای و فعالیت بدنی افراد گزارش کرده است که با مطالعه حاضر همسو است. [۲۸]

بدین ترتیب، با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود به توانمندسازی افراد با تمرکز بیشتر بر اصلاح نگرش توجه شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری به مناطق روستایی است که پیشنهاد می‌گردد مطالعه مشابهی در هر دو مناطق شهری و روستایی انجام شود. از طرفی، با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر تأثیر سابقه بیماری‌هایی مانند فشارخون، بیماری‌های قلبی و عروقی بر آگاهی، نگرش و عملکرد افراد پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی افراد دارای

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 9]; Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Rezaei Hachesu V, Naderyan Feli S, Zare Sakhvidi M. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors among Taxi Drivers in Yazd, Iran, 2016. JCHR. 2017;6(4): 200-6.
3. Bhattacharya S, Juyal R, Hossain MM, Singh A. Non-communicable diseases viewed as "collateral damage" of our decisions: Fixing accountabilities and finding sloutions in primary care settings. J Family Med Prim Care. 2020; 9(5): 2176-2179.
4. Government of South Australia. The South Australian Approach to Health in All Policies: Background and Practical Guide, Version 2. Government of South Australia, Adelaide. 2011
5. Aminde LN, Takah N, Ngwasiri C, Noubiap JJ, Tindong M, Dzudie A, Veerman JL. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. BMC Public Health. 2017;17(1):545.
6. United Nations. Transforming our world: the The 2030 Agenda agenda for Sustainable sustainable Developmentdevelopment. [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 9]; Available online: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

7. Garcia M, Mulvagh S, Bairey Merz N, Buring j, Manson j. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res*. 2016;118(8):1273-93.
8. Narita M, Tanji F, Tomata Y, Mori K, Tsuji I. The Mediating Effect of Life-style Behaviors on the Association Between Personality Traits and Cardiovascular Disease Mortality Among 29,766 Community-Dwelling Japanese. *Psychosom Med*. 2020;82(1):74-81.
9. American Diabetes Association. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Suppl 1):S103-S123.
10. Singh K, Chandrasekaran AM, Bhaumik S, Chattopadhyay K, Gamage AU, Silva PD, et al. Cost-effectiveness of interventions to control cardiovascular diseases and diabetes mellitus in South Asia: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(4):e017809.
11. Nursyafiza B M, Nor Azlina A R, Mainul H. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding the Risk of Cardiovascular Diseases in Patients Attending Outpatient Clinic in Kuantan, Malaysia. *J Pharm Bioallied Sci*. 2018;10(1): 7-14.
12. Imanipour M, Bassampour S, Haghani H. Relationship between Preventive Behaviors and Knowledge Regarding Cardiovascular Diseases. *Hayat*. 2008; 14 (2):41-49. [In Persian].
13. Sabzevari S, Mohammadalizade S, Borhani P, Pishcar Mofrad Z. Kerman population, Knowledge, attitude and practice about prevention of Myocardial Infarction. *JRUMS*. 2002; 4(1): 275-284. [In Persian].
14. Adili F, Fakhr Zadeh H, Nouri M, Makarem J, Larijani B. Knowledge, practice status and trends in risk factors for cardiovascular disease in inhabitants of Tehran University of Medical Sciences (Population lab region). *IJDLD*. 2005; 5(2): 175-185. [In Persian].
15. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hosseinpour M, Angari MZ, Asadi E. Knowledge, attitude and practice (KAP) of people living in Babol about clinical symptoms and risk factors of coronary artery diseases (CAD). *JBUMS*. 2004; 6 (1): 43-49. [In Persian].
16. Khani M, Kazemi MR, Javanshir S. The awareness rate of the symptoms and risk factors of coronary artery disease in over 20-year-old urban population in Zanjan. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2003; 6(4): 50-54. [In Persian].
17. Habibollah Zadeh H, Baghaei R, Abolfathi L, Ghasem Zadeh P. Study on causes of heart failure and evaluation of knowledge and attitude towards the disease. *JIMC*. 2001; 19(2): 85-89. [In Persian]
18. Sadeghian S. [The knowledge of hospitalized patients about major risk factors of IHD in university hospitals of Tehran]. *Daneshvar Medicine*. 2001; 8(35): 55-60. [In Persian].
19. Mckenzie j, Neiger B, Smeltzer j. *Planing, implementing and evaluating programs: a primer*. 4th ed. San Francisco: pearson/Benjamin Cumming; 2005.
20. Mazloomi mahmodabadi SS, Shahbazi H, Momeni Sarvestani M, Sadeghzadeh J. The Study of Knowledge, Attitude and Practice of Yazd Restaurant Chefs in Preventing Cardiovascular Diseases Risk Factors in 2010. *Toloo-e-behdasht*. 2011;10(1):14-27. [In Persian].
21. Shojaeizadeh D, Pakpour A, Saffary M, Sanaeinasab H. *Educational Technology in Health field*. Tehran: Asaresobhan; 2016. [In Persian].
22. Modeste N, Tamayose T. *Dictionary of public health promotion and education: terms and concepts*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004
23. Vahdaninia V. *Governance for health; The Way to Justly and Sustainable Development*. Tehran: Teb va Jamea; 2019. [In Persian].

24. Mahdavi Shahri SM, Khalili Z, Sadrollahi A, Saadati B. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease among elderly people in Kashan city, Iran, 2014. Cardiovascular Nursing. 2014; 3(3): 13-21. [In Persian].
25. Mardanian-Dehkordi L, Naseh L, Babashahi M. Knowledge and attitude of Isfahan people about prevention of cardio-vascular disease. Cardiovascular Nursing. 2017;6(2):6-13. [In Persian].
26. Jafari F, Fallahi F, Ghosian-Moghadam M, Kholdi N, Samadpour M, Aminzadeh M. Women's knowledge about cardiovascular disease risk factors. Cardiovascular Nursing. 2012; 1(3): 9-40. [In Persian].
27. Boateng D, Wekesah F, Browne J, Agyemang C, Agyei-Baffour P, Aikins A-G, et al. Knowledge and awareness of and perception towards cardiovascular disease risk in sub-Saharan Africa: A systematic review. PLoS One. 2017;12(2):e0189264.
28. Rezabeigi Davarani E, Iranpour A, Khanjani N, Mohseni M, Nazari Robati F. Cardiovascular Diseases Risk Factors and the Relationship between Knowledge Level and Preventive Behaviors for Cardiovascular Diseases among Women in Kerman. Health_Based Research. 2016;2(2):119-32. [In Persian].

