

Factors influencing self-care in young adults in Tehran, Iran

Mitra Sarabian¹, Parvin Savadian^{1*}, Ali Reza Kaldi²

1. Department of Social Science, Faculty of Literature, Humanities and Social, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received: 5 March 2023

Accepted for publication: 26 June 2023

[EPub a head of print-2 July 2023]

Payesh: 2023; 22(4): 415- 422

Abstract

Objective(s): Self-care is considered the most important issue for preserving and maintaining health. The present study aimed to investigate the components of the health belief model and peer pressure on self-care behaviors in adolescents.

Methods: This was a descriptive study. The samples were selected through multistage cluster sampling among adolescents from three regions of Tehran. Data was collected using a self-designed questionnaire. Logistic regression analysis was performed using SPSS software version 22.

Results: A total of 384 individuals participated in the study [217 male (56.5%), and 167 female (43.5%)]. The mean age of the respondents was 26.03 years (SD = 5.03), and the mean self-care score was 0.46 (SD = 0.49). The results of the logistic regression analysis investigating the factors influencing youth self-care showed that with a one-point increase in perceived barriers, self-care decreased by 95% (OR=0.04, 95% CI: 0.01-0.14, $p<0.001$); with one-point increase in peer pressure, self-care decreased by 0.69 (OR=0.3, 95% CI: 0.12-0.75, $p=0.010$). Self-care in single individuals was 2.80 times higher than married individuals (OR=2.80, 95% CI: 1.94 - 6.57, $P= 0.018$), and in students, it was 2.75 times higher than employed individuals (OR=2.75, 95% CI: 1.10 - 6.88, $P= 0.030$). There was no significant relationship between self-care and other independent variables such as age, gender, educational status, perceived benefits, and perceived threat.

Conclusion: The study results indicated that the beliefs of young individuals about health behaviors influence their self-care practices. Individuals who perceive more barriers tend to engage in less self-care. It appears that appropriate educational interventions can enhance the self-care practices of young individuals.

Keywords: self-care, constructs of health belief model, peer pressure

* Corresponding author: Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
E-mail: Parvin.savadian@iau.ac.ir

میترا سربازان^۱، پروین سوادیان^{۱*}، علیرضا کلدی^۲

- تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۱ تیر ۱۴۰۲]

نشریه پایش: ۴۲۲-۴۱۵: ۲۲(۴): ۱۴۰۲

چکیدہ

مقدمه: خودمراقبتی مهم‌ترین روش برای حفظ و نگهداری سلامت به شمار می‌رود. باورهای بهداشتی به طور قابل توجهی بر رفتارهای سلامتی تأثیرگذار هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و فشار گروه همسالان با رفتارهای خودمراقبتی در جوانان انجام گردید.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده و با استفاده از روش پیمایش انجام شده است. نمونه‌ها از بین جوانان ۳ منطقه از شهر تهران با نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۳۸۴ نفر شرکت کردند. تعداد ۲۱۷ نفر (۵۶/۵٪) مرد و ۱۶۷ نفر (۴۳/۵٪) زن بودند. میانگین سن پاسخگویان ۲۶/۰۳ سال (انحراف معیار ۵/۰۳)، میانگین خودمراقبتی ۰/۴۶ (انحراف معیار ۰/۴۹) بود. نتایج بررسی عوامل مؤثر بر خودمراقبتی جوانان با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان داد که خودمراقبتی با افزایش یک نمره موانع درک شده ۰/۹۵ کاهش می‌یابد. ($P < ۰/۰۰۱$ ، $OR = ۰/۱۴ - ۰/۰۱$ ، $95\% CI: ۰/۰۱ - ۰/۱۴$) و با بالا رفتن یک نمره در فشار اجتماعی گروه همسالان، ۰/۶۹ خودمراقبتی کمتر می‌شود ($P = ۰/۰۱۰$ ، $OR = ۰/۷۵ - ۰/۱۲$ ، $95\% CI: ۰/۱۲ - ۰/۷۵$)، مراقبت از خود در افراد مجرد ۲/۸۰ برابر افراد متأهل ($P = ۰/۰۱۸$ ، $OR = ۲/۸۰ - ۱/۹۴$ ، $95\% CI: ۱/۹۴ - ۲/۸۰$) و در دانشجویان ۲/۷۵ برابر افراد شاغل ($P = ۰/۰۳۰$ ، $OR = ۲/۷۵ - ۱/۱۰$ ، $95\% CI: ۱/۱۰ - ۲/۷۵$) = OR) بود. بین متغیر وابسته "خودمراقبتی" با سایر متغیرها از جمله، سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات، منافع درک شده و تهدید درک شده ارتباط معنادار نشان نداد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد، باورهای جوانان درباره انجام رفتارهای بهداشتی در خودمراقبتی آنان تأثیر می‌گذارد. افراد هر چه موانع بیشتری درک کنند خودمراقبتی کمتری انجام می‌دهند. به نظر می‌رسد برای بالا رفتن خودمراقبتی جوانان با مداخلات آموزشی متناسب، بتوان خودمراقبتی آنان را ارتقاء داد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، زیرسازهای مدل، اعتقاد بهداشتی، فشار اجتماعی، گروه همسالان

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی
E-mail: Parvin.savadian@iau.ac.ir

مقدمه

مراقبت از خود طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی به معنای «توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت، و کنار آمدن با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی است» [۱]. «رفتارهای سلامتی به منظور حفظ و تقویت سلامتی انجام می‌شود و اهمیت زیادی در شروع بسیاری از بیماری‌ها دارند» [۲]. «مراقبت از خود، یک پدیده جدید نیست. مراقبت از اشخاص بیمار، همواره به وسیله خود شخص و خانواده‌اش در تمام طول تاریخ و در تمام جوامع صورت گرفته است» [۳]. «خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد. خودمراقبتی به سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزیی، خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و حاد تقسیم می‌شود و فرایندی مادام‌العمر و در تمامی دوران‌ها و موقعیت‌های زندگی است» [۴]. در کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های اولیه بهداشتی (اعلامیه آلمان ۱۹۷۸) مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان کلید موفقیت رسیدن به هدف "سلامتی برای همه" مطرح شد که یک نقطه عطف در زمینه بهداشت عمومی به شمار می‌رود [۵]. «کلی معتقد است، رفتارهای پرخطر نظیر سیگار، رژیم غذایی نادرست، عدم فعالیت فیزیکی و مواد مخدر جوانان را تهدید میکند، به طوری که این رفتارها اغلب در این سنین شروع و تا بزرگسالی تداوم می‌یابد» [۶]. «نتایج مطالعات نشان می‌دهد که دانشجویان وضعیت مطلوبی در مورد روش‌های حفظ سلامت ندارند» [۷]. «جوانی دوره‌ای منحصر به فرد در زندگی انسان به شمار رفته و جوانان در عین حال که در وضعیت جسمانی مطلوبی به سر می‌برند در معرض خطر و عوامل تهدید کننده بسیاری قرار دارند. بسیاری از عادات و رفتارها در سنین جوانی موجب از دست رفتن سال‌های مفید زندگی می‌گردد و خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های مزمن در سنین بالاتر را فراهم می‌نماید. بنابراین حفظ و نگهداری سلامتی شرط ضروری برای اجرای نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی آنان به شمار می‌رود. عادات رفتاری ناسالم همچون نداشتن تحرک بدنی و تغذیه ناسالم، جوانان را در معرض سوءتغذیه و اضافه وزن قرار می‌دهد و این عوامل خود زمینه‌ساز بیماری‌های مزمن در بزرگسالی هستند» [۸].

«مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های نظری، برای درک و توضیح رفتار پیشگیرانه است» [۹]. «این مدل رابطه اعتقاد بهداشتی با رفتار فرد را نشان می‌دهد. این الگو در پیشگیری از بیماری‌ها می‌تواند نقش به سزایی ایفا کند و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است» [۱۰]. «مدل اعتقاد بهداشتی مشتمل بر سازه‌های زیر می‌باشد: منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، آگاهی برای عمل و تهدید درک شده» [۱۱، ۱۲]. «نظریه فشار اجتماعی، شکلی از نظریه یادگیری اجتماعی است. این نظریه در ارتباط با رفتارهای سلامتی، بر نقش مؤثر همسالان تأکید دارد» [۲]. «اولین نوع فشار از نظر آگنیو عدم دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت است» [۱۳]. «دومین نوع فشار حذف محرک ارزشمند مثبتی که شخص بدان عادت کرده» [۱۴]. «و سومین نوع فشار وجود یک محرک منفی مانند قرار گرفتن شخص در موقعیت آزار دهنده یا روابط منازعه آمیز با والدین یا همسالان است» [۱۵]. «نظریه فشار عمومی، راهکارهای تقابلی غیر از جرم (راهکارهای تقابلی شناختی، عاطفی و رفتاری) را که افراد در چارچوب ابزار قانونی می‌توانند با فشار مقابله کنند، معرفی کرده است» [۱۶].

پژوهش‌های پیشین که به بررسی خودمراقبتی جوانان پرداخته‌اند: پژوهش زارع و همکاران در تبیین مفهوم خودمراقبتی در جوانان، به پنج مضمون اصلی تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، رعایت بهداشت، خواب، مصرف دخانیات و الکل دست یافتند [۱۷]. برخی از مطالعات نیز از مدل اعتقاد بهداشتی جهت بررسی خود مراقبتی استفاده نمودند. حسینعلی پور و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی توسعه یافته، می‌تواند بر موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی مؤثر واقع شود و با افزایش و بهبود وضعیت سازه‌ها، خودمراقبتی ارتقا یابد. بنابراین می‌توان با طرح ریزی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این مدل، زمینه تغییر رفتار را در بیماران هدف، فراهم کرد [۱۸]. از دیگر بررسی‌های صورت گرفته با کمک مدل اعتقاد بهداشتی، پژوهشی است که نشان داد کمک به تصحیح باورهای افراد در مورد هزینه‌های واقعی و متصور، پیگیری رفتار جدید می‌تواند در کاهش موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه مؤثر باشد [۱۹]. در همین زمینه لیچنر و همکاران به ارتباط بین مفهوم خودمراقبتی و رفتار ریسکی جوانان پرداختند. برآیند عمده این تحقیق نشان‌دهنده این بود که توسعه خود مراقبتی بین جوانان در

تمامی ابعاد برای حفظ توازن در زندگی و برای دستیابی به اهداف مناسب در زندگی یک فرد لازم و ضروری می باشد [۲۰]. در مطالعه دیگری که کاراهاسون و بیلگل انجام دادند، نشان دادند که استفاده از مراقبت‌های اولیه ارزیابی سلامت به طرز قابل توجهی بعد از کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عوامل دموگرافیک، رفتارهای بهداشتی، عوامل پرخطر و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی سلامت بهبود می‌بخشد [۲۱].

«بررسی مسائل جوانان به دلیل نقش به سزای آن‌ها در پیشرفت جامعه ضرورت دارد. جوانان از نظر نیروی فعال که گرداننده چرخ-های اقتصادی هر کشور هستند دارای اهمیت و ارزش بسیار زیادی می‌باشند» [۲۲]. تمرکز مطالعات انجام شده بر خود مراقبتی جوانان بسیار کم‌رنگ بوده و اغلب به سالمندی و نوجوانی پرداخته شده است. این درحالی است که برای برنامه‌ریزی‌های بهداشتی جوانان نیاز به دانستن باورهای بهداشتی افراد است. این مطالعه با هدف بررسی خودمراقبتی اولیه در بین جوانان با استفاده از زیرسازهای مدل اعتقاد بهداشتی، فشار اجتماعی گروه همسال و متغیرهای دموگرافیک انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش توصیفی حاضر با هدف بررسی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر خودمراقبتی جوانان در سال ۱۴۰۱ انجام شد. در این مطالعه جامعه آماری جوانان ۱۸ تا ۳۴ ساله مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بود که بر اساس آخرین اطلاعات درگاه ملی آمار در سال ۱۳۹۵ جمعیت این گروه ۲۸۵۱۰۸۵ نفر برآورد شده بود. حجم نمونه تقریبی با اطلاعات و آمار موجود برطبق فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده بدین صورت که ابتدا ۲۲ منطقه شهر تهران در ۲۲ طبقه قرار داده شد، سپس در هر طبقه یک منطقه انتخاب و در مرحله بعد با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای خیابان‌های اصلی و بلوک‌ها تعیین و نمونه‌ها در هر بلوک به صورت تصادفی ساده از بین آنها انتخاب شدند.

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته برای تمامی سازه‌ها براساس تحقیقات قبل استفاده شد. در طراحی پرسشنامه، مطالعات نظری وسیع صورت پذیرفت و از نظر متخصصان استفاده گردید. بعد از تهیه پرسشنامه مقدماتی با مشورت و استفاده از نظر صاحب‌نظران، اعتبار محتوایی کیفی آن به دست آمد. برای اطمینان از پایایی پرسشنامه، یک پیش‌آزمون از ۳۴ نفر در جمعیت مورد

تحقیق، گرفته شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده گردید. با توجه به حداقل مقدار قابل قبول سازگاری درونی گویه‌ها ۰/۷ این مقدار برای گویه‌های خودمراقبتی ۰/۷۳، فواید درک شده ۰/۸۸، موانع درک شده ۰/۷۷، تهدید درک شده ۰/۷۸ و فشار اجتماعی گروه همسالان ۰/۸۶ بود که به این ترتیب پایایی گویه‌ها مورد تأیید قرار گرفت. تمامی سوالات پرسشنامه نهایی محقق ساخته، شامل سوالات دموگرافیک و ۶۰ سوال بسته و نیمه باز بود. طیف لیکرت از ابزارهای استفاده شده برای سنجش متغیرهای تحقیق بود. خودمراقبتی مانند داشتن تغذیه مناسب (۴ سوال)، داشتن خواب و استراحت کافی (۱ سوال)، انجام ورزش (۱ سوال)، پرهیز از دخانیات و الکل (۳ سوال)، معاینات منظم پزشکی (۱ سوال)، استفاده از تکنیک‌های آرام سازی و اجتناب از استرس (۲ سوال) و کنترل وزن (۱ سوال) مجموعاً شامل ۱۳ سوال، مورد بررسی قرار گرفت. منافع درک شده (۹ سوال)، موانع درک شده (۱۰ سوال)، تهدید درک شده (۸ سوال) و فشار اجتماعی گروه همسالان (۹ سوال) که به وسیله طیف لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شد و به ترتیب امتیازات از ۱ تا ۵ را شامل می‌شد. طیف نمرات در خودمراقبتی کمترین امتیاز ۱، بیشترین امتیاز ۴/۵۴، موانع درک شده کمترین امتیاز ۲ و بیشترین امتیاز ۵، منافع درک شده کمترین امتیاز ۱، بیشترین امتیاز ۴/۶۷، تهدید درک شده کمترین امتیاز ۱/۳۸، ۴ و در فشار گروه همسالان کمترین امتیاز ۱/۳۳ و بیشترین ۵ بود. پرسشنامه شامل سؤالات دموگرافیک نظیر سن، جنس، شغل، تحصیلات و وضعیت تأهل می‌شد. خودمراقبتی متغیر وابسته، منافع درک شده، موانع درک شده و تهدید درک شده، فشار اجتماعی گروه همسالان و عوامل دموگرافیک متغیرهای مستقل بودند که به وسیله آزمون رگرسیون لجستیک با سطح معناداری $P < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۸۴ نمونه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین (انحراف معیار) سن افراد نمونه ۲۶/۰۳ سال (۵/۰۳۱) بود. ۱۶۷ نفر (۴۳/۵٪) از نمونه مورد نظر زن و ۲۱۷ نفر (۵۶/۵٪) مرد بودند. از نظر میزان تحصیلات ۳۸ نفر (۹/۹٪) زیر دیپلم، ۱۱۲ نفر (۲۹/۲٪) دیپلم، ۱۸۱ نفر (۴۷/۱٪) فوق دیپلم و کارشناسی ۵۳ نفر (۱۳/۸٪) کارشناسی ارشد و بالاتر و از نظر وضعیت تأهل افراد مجرد ۲۴۲ نفر

همسالان با خودمراقبتی از نظر آماری معنی دار بود. خودمراقبتی در افراد مجرد ۲/۸۰ برابر افراد متأهل ($P = 0/01$ ، $95\% CI: 1/94 - 6/57$)؛ در افراد دانشجو ۲/۷۵ برابر خودمراقبتی بیشتر از افراد شاغل ($OR = 2/80$ ، $95\% CI: 1/10 - 6/88$ ، $P = 0/030$) و با بالارفتن یک نمره در موانع درک شده، شانس خودمراقبتی به اندازه ۰/۹۵ کاهش می‌یافت ($P < 0/001$ ، $OR = 0/14$) و با بالارفتن یک نمره فشارگروه همسالان شانس خودمراقبتی را به اندازه ۰/۶۹ کاهش می‌یابد ($P = 0/010$ ، $95\% CI: 0/12 - 0/75$ ، $OR = 0/30$) رابطه متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات، منافع درک شده، تهدید درک شده نیز از نظر آماری معنادار نبود. نتایج بررسی‌های انجام شده توسط رگرسیون لجستیک در جدول ۳ نشان داده شده است.

(۶۳٪) و افراد متأهل ۱۴۲ نفر (۳۷٪) از نظر شغل افراد دانشجو ۱۳۵ نفر (۳۵/۲٪) خانه‌دار ۳۵ نفر (۹/۱٪) درحال حاضر غیر شاغل ۳۶ نفر (۹/۴٪) و افراد شاغل ۱۷۸ نفر (۴۶/۳٪) را شامل شدند. مشخصات دموگرافیک پاسخگویان که شامل جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میانگین نمره خودمراقبتی برابر ۰/۴۶ با انحراف معیار ۰/۴۹، میانگین نمره منافع درک شده ۲/۹۰ با انحراف معیار ۰/۷۲، میانگین نمره موانع درک شده ۳/۴۶ با انحراف معیار ۰/۶۳، میانگین تهدید درک شده ۳/۴۴ با انحراف معیار ۰/۷۲ و میانگین نمره فشار اجتماعی گروه همسالان ۳/۵۲ با انحراف معیار ۰/۶۴ است. طبق نتایج این تحلیل ارتباط بین وضعیت تأهل، شغل، موانع درک شده و فشار اجتماعی گروه

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان به تفکیک متغیرهای جمعیتی (n=۳۸۴)

درصد	تعداد	سن (میانگین ± انحراف معیار)
	۲۶/۰۳ ± ۵/۰۳۱	
جنسیت		
زن	۱۶۷	۴۳/۵
مرد	۲۱۷	۵۶/۵
میزان تحصیلات		
زیردیپلم	۳۸	۹/۹
دیپلم	۱۱۲	۲۹/۲
فوق دیپلم و کارشناسی	۱۸۱	۴۷/۱
کارشناسی ارشد و بالاتر	۵۳	۱۳/۸
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۴۲	۶۳
متأهل	۱۴۲	۳۷
شغل		
دانشجو/ محصل	۱۳۵	۳۵/۲
خانه دار	۳۵	۹/۱
درحال حاضر غیر شاغل	۳۶	۹/۴
شاغل	۱۷۸	۴۶/۳

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مورد مطالعه

میانگین	انحراف معیار	
۰/۴۶۰	۰/۴۹۹	خود مراقبتی
۲/۹۰۶	۰/۷۲۲	منافع درک شده
۳/۴۶۰	۰/۶۳۸	موانع درک شده
۳/۴۴۸	۰/۷۲۸	تهدید درک شده
۳/۵۲۴	۰/۶۴۰	فشار اجتماعی گروه همسالان

جدول ۳: بررسی عوامل مؤثر بر خودمراقبتی با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک

یک متغیره نسبت شانس خام (فاصله اطمینان ۹۵٪)	p	چند متغیره نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان ۹۵٪)	p
سن	۱/۰۰۵ (۰/۹۶۵ - ۱/۰۴۵)	۱/۰۰۴ (۰/۹۰۵ - ۱/۱۱۴)	۰/۹۳۵
جنسیت	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
مرد	۰/۵۷۲ (۰/۳۷۹ - ۰/۸۶۲)	۰/۶۶۰ (۰/۳۰۶ - ۱/۴۲۴)	۰/۲۸۹
زن	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
تحصیلات	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱/۱۵۸ (۰/۶۲۷ - ۲/۱۳۷)	۱/۹۰۸ (۰/۵۳۱ - ۶/۸۴۸)	۰/۳۲۲
فوق دیپلم و کارشناسی	۰/۷۲۵ (۰/۳۸۹ - ۱/۴۵۳)	۰/۵۹۵ (۰/۱۱۵ - ۳/۰۸۴)	۰/۵۳۶
دیپلم	۰/۷۳۰ (۰/۳۱۴ - ۱/۷۰۰)	۰/۷۱۳ (۰/۱۲۰ - ۴/۲۳۶)	۰/۷۱۰
زیردیپلم	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
وضعیت تأهل	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
متأهل	۱/۷۶۵ (۱/۱۵۶ - ۲/۶۹۵)	۲/۸۰۲ (۱/۱۹۴ - ۶/۵۷۶)	۰/۰۱۸
مجرد	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
شغل	۱/۰ (ref)	۱/۰ (ref)	
شاغل	۱/۶۰۲ (۰/۲۳۳ - ۱/۳۰۹)	۲/۰۴۹ (۰/۵۹۸ - ۷/۰۲۶)	۰/۲۵۴
بیکار	۰/۵۲۵ (۰/۱۵۶ - ۰/۱۰۷)	۱/۶۴۸ (۰/۲۹۶ - ۹/۱۷۱)	۰/۵۶۹
خانه دار	۰/۹۷۲ (۰/۴۷۰ - ۰/۴۱۹)	۲/۷۵۴ (۱/۱۰۱ - ۶/۸۸۸)	۰/۰۳۰
دانشجو	۲۸/۷۱۲ (۱۴/۵۰۳ - ۵۶/۸۴۲)	۲/۶۵۶ (۰/۸۵۶ - ۸/۸۲۳)	۰/۰۹۱
منافع درک شده	۰/۳۱۳ (۰/۲۱۶ - ۰/۴۵۴)	۰/۰۴۶ (۰/۰۱۴ - ۰/۱۴۷)	۰/۰۰۰
موانع درک شده	۲۷/۶۸۴ (۱۴/۱۰۵ - ۵۴/۳۳۴)	۲/۳۶۲ (۰/۶۵۹ - ۸/۴۶۳)	۰/۱۸۷
تهدید درک شده	۰/۱۱۳ (۰/۰۶۹ - ۰/۱۸۵)	۰/۳۰۷ (۰/۱۲۴ - ۰/۷۵۵)	۰/۰۱۰
فشار اجتماعی گروه همسالان			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و فشار گروه همسالان با رفتارهای خودمراقبتی در جوانان انجام شد. امروزه مراقبت از خود به موضوعی اجتماعی و همگانی تبدیل شده است و حتی از آن به عنوان مسئولیت فرد در مقابل خود و جامعه نیز یاد می‌کنند. اهمیت نگهداری و حفظ سلامتی برای انسان کمتر از سایر نیازهایش نیست. داشتن تندرستی یکی از مهمترین دستاوردهای انسان در قرن حاضر به شمار می‌رود. «خودمراقبتی به عنوان یک استراتژی برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که شامل تمام فعالیت‌های مربوط به سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسط خود فرد می‌شود» [۱۸]. بسیاری از الگوهای رفتاری و عادات در جوانی که با رفتارهای سلامتی مرتبط هستند؛ می‌توانند منجر به بیماری یا به خطر افتادن سلامتی گردند که بروز این مشکلات نیاز به ملاحظات پزشکی را ایجاد می‌کند. این عادات و الگوهای رفتاری شامل رژیم غذایی نامناسب، مصرف دخانیات، مواد مخدر، الکل، عدم تحرک فیزیکی و حتی مصرف بی‌رویه داروها می‌شود. خودمراقبتی به عنوان الگوی رفتاری که در طی زندگی انجام می‌شود در نگهداری و بهبود

سلامتی نقش تعیین کننده‌ای دارد. امروزه با توجه به پیشرفت فن-آوری‌ها در زمینه مراقبت و درمان، نیاز جامعه برای دریافت اطلاعات و دانشی که در برگیرنده مراقبت از خود باشد بسیار بالاتر رفته و اهمیت به سزایی پیدا کرده است. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد خودمراقبتی افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بود و وضعیت تأهل عاملی است که با خودمراقبتی رابطه مستقیم دارد. در مطالعات انجام شده نیز ارتباط معنادار آماری بین خودمراقبتی و وضعیت تأهل تأیید شد [۲۳]. همچنین نتایج بدست آمده مؤید ارتباط بین شغل و خودمراقبتی جوانان بود و دانشجویان نسبت به افراد شاغل خودمراقبتی بالاتری داشتند. در مطالعه دیگری نیز میانگین خودمراقبتی تفاوت معنی-داری با شغل افراد نشان داد [۲۴]. تحقیقات انجام شده از جمله مطالعه حاضر نیز نشان داده‌اند که تأثیر موانع درک شده بر خودمراقبتی نیز معنادار و معکوس بوده و هر چه افراد موانع را کمتر درک کنند خودمراقبتی بیشتری انجام می‌دهند. پناهی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند، کمک به تصحیح باورهای افراد در مورد هزینه‌های واقعی و پیگیری رفتار جدید می‌تواند در کاهش موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه مؤثر باشد [۱۹].

اجتماعی دوستان برای انجام دادن یا ندادن برخی رفتارهای بهداشتی قرار دارد. جوانان هنگامی که در گروه‌های همسال، تحت فشار اجتماعی بیشتری قرار داشته باشند، خودمراقبتی کمتری انجام می‌دهند.

مدل اعتقاد بهداشتی یک چارچوب مفید برای مطالعه درک افراد از رفتارهای پیشگیرانه به ما می‌دهد. هزینه‌ها یا موانع درک شده درباره رفتارهای سلامتی با پیامدهای بالقوه منفیت‌آید می‌کند. موانعی که افراد در مسیر خودمراقبتی‌شان در نظر می‌گیرند که شامل دانش‌ها، باورها، کمبود منابع مالی، عوامل محیطی، عادات قدیمی و فشارهای اجتماعی است. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه با درک موانع، خودمراقبتی در افراد کاهش می‌یابد. با توجه به اهمیت الگوی اعتقاد بهداشتی می‌توان با طرح‌ریزی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این مدل و با تأکید بر سازه‌های مؤثر، تغییر رفتار جوانان را در جهت بهبود خودمراقبتی فراهم کرد.

سهم نویسندگان

میترا سرابیان: انجام تحقیقات اولیه، شناسایی موضوع، انجام مطالعات و مواد و فرضیات پژوهش، تهیه ادبیات موضوع و گردآوری داده‌ها، انجام روش کار و تجزیه و تحلیل پروین سوادیان: تأیید موضوع پیشنهادی، اصلاح و بازنگری، هدایت و راهنمایی طرح، بررسی و نتایج تحلیل علیرضا کلدی: اصلاح و بازنگری، مشاوره طرح

منابع

1. World Health Organization. Self-care can be an effective part of national health systems. World Health Organization; 2019. Available at <https://www.who.int/news/item/02-04-2019-self-care-can-be-an-effective-part-of-national-health-systems> [Access date 06/30/2023]
2. Massoudnia E. Medical sociology. 2nd Edition, Tehran University Press: Tehran, 2015 [Persian]
3. Rafieefar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M. Comprehensive system of empowering people for self-health care. 1st Edition, Mehr Ravar: Ravar, 2005 [Persian]
4. Rafieefar Sh. The executive implementation guidelines for the national self-care program. 1st Edition, Mojasame: Tehran, 2014 [Persian]
5. World Health Organization. WHO called to return to the Declaration of Alma Ata. World Health Organization; Available at

طبق بررسی انجام شده و مطالعات پیشین با بیشتر شدن فشار اجتماعی گروه همسالان از رفتارهای خودمراقبتی کاسته شده و فشار اجتماعی گروه هم‌تایان در بین جوانان با خودمراقبتی ارتباط معکوس و معنادار دارد. به طوری که با فشار اجتماعی گروه هم‌تای رفتارهای تندرستی جوانان از جمله تغذیه سالم، ورزش، اجتناب از استعمال دخانیات و الکل کمتر می‌شود. روان‌شناسان اجتماعی به فشارهایی که از جانب گروه‌های نزدیک نظیر خانواده و همسالان به فرد وارد می‌شود، اهمیت بسیار قائلند و از طریق مقایسه نفوذ و فشار ارزش‌ها و هنجارهای دو گروه خانواده و همسالان در مطالعاتشان، نفوذ هنجارهای غالب را نشان می‌دهند. بدیهی است که جوان برای هم‌رنگ شدن با ارزش‌ها و هنجارهای گروه، زیر فشار قرار می‌گیرد. گاه هنجارها و ارزش‌های دوگروه به هم نزدیک و هماهنگ است و گاه با هم در تضاد قرار دارد. ولی به هر حال هر دو گروه برای هم‌رنگ شدن، جوان را زیر فشار قرار می‌دهند [۲۲]. در مطالعه دیگری نیز ویژگی‌های فردی و مصرف مواد توسط همسالان سهم بیشتر از واریانس مصرف مواد را نسبت به عوامل والدی و تنش‌زاهای محیطی تبیین کردند [۲۵]. براساس نتایج حاصل از تحقیقات در بیش از ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد با تعارف دوستان و همسالان شروع می‌شود. به ویژه همسالان، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثرند [۲۶]. در مجموع از این مطالعه و مطالعه مشابه بر می‌آید که در گروه‌های هم‌تای معمولاً فرد جوان برای دستیابی به شأن و منزلت درون گروهی تحت فشار

- <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata#:~:text=The%20Alma%20Data%20Declaration%20of,goal%20of%20Health%20for%20All> [Access date 03/26/2023]
6. Kelly A, Green M. Health behavior of undergraduate African Nursing students. The ABNF Journal 2000; 11: 7-12
 7. Mirzaeian R, Fathi Azar E, Mobasheri M, Shirvani M, Ghoddousi M, Shohani M. Assessment and Comparison of Self-Care Status among Students of Tabriz University of Medical Sciences and Tabriz University. Scientific Journal of Ilam University of Medical Science 2013; 21: 50-56 [Persian]
 8. Akbari F, Azadbakht L. A systematic review on diet quality among Iranian youth: focusing on reports from Tehran and Isfahan. Archives of Iranian medicine 2014; 17: 574-584 [Persian]

9. Pourhaji F, Pourhaji F, Peyman N. Encounter corona virus based on the health belief model: a cross-sectional study. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2021; 64: 3634-3641 [Persian]
10. Lotfi MainBolagh B, Rakhshani F, Zarban I, Alizadeh Sivaki H, Parvizi Z. The effect of peer education based on the health belief model on the nutrition behaviors of Primary school boys. *Journal of Research and Health* 2012; 2: 214-226.
11. Noori C, Shujaei D. Health education and behavior change. 2nd Edition, Neshane Publication: Tehran, 2015 [Persian]
12. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 3rd Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2002
13. Alivardinia A, Riahi M, Mousavi Chashmi M. sociological study of delinquency: an empirical test of Agnew's general pressure theory. *Journal Sociology of Iran* 2006; 8: 83-111 [Persian]
14. Bao W. N, Haas A. Pi Y. Life strain, negative emotions, and delinquency: An empirical test of general strain theory in the People's Republic of China. *International journal of offender therapy and comparative criminology* 2004; 48: 281-297
15. Agnew R. Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology journal* 1992; 30: 47-88
16. Bandura A. Self-efficacy. *The Exercise of Control*. 1 st Edition, W H. Freeman & Co. Student Success: New York, 1997
17. Zare E, Simbar M, Shah Hosseini V. Explaining the Concept of Self-care in Teenagers. *Qualitative research in health sciences Journal* 2015; 4: 395-405 [Persian]
18. Hosseinalipour A, Mohammad Beigi A, Rahbar A, Mohebi S. The Impact of Educational Intervention Based on Extended Health Belief Model with Social Support on Promoting Self-care Behaviors in Patients With Smear Positive Pulmonary TB. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2021; 15: 312-321
19. Panahi R, Ebrahimi G, Kazemi S, Tavousi M. Health Literacy: An Effective Component to Overcome Perceived Barriers to Adoption of Preventive Behaviors in the Health Belief Model. *Journal of Education and Community Health* 2018; 5: 1-3
20. Liljeroos M, Kato N P, Van der Wal M H, Brons M, Luttik M L, Van Veldhuisen D J, Jaarsma T. Trajectory of Self-care Behavior in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2020; 19: 421-432
21. Bilgel F, Karahasan B C. Self-rated health and endogenous selection into primary care. *Journal of Social science & medicine* 2018; 197: 168-182.
22. Fathi S, Fadavi J. An analysis of the social traumas of youth. *Journal of Sociological Studies of Youth*, 2012; 8: 121-144 [Persian]
23. Mansouri Kh, Hasawari F, Sedghi Sabet M, Kazemnejadlaili E, Gholipour M. self-care status and its related factors in patients with heart failure. *Journal of Health and Care* 2018; 19: 232- 241 [Persian]
24. Rezvan S, Besharti, M. Khodadadpour M, Fathi A, Salimi A, Rajati F, Mohebi S. Self-care assessment of patients with hypertention in Qom city in 2016. *Journal of Qom University medical science* 2018; 12: 72-80 [Persian]
25. Brook J. S, Pahl T, Morojele N. K, Brook D. W. Predictors of Drug Use among South African Adolescents. *Journal of Adolesc Health* 2006; 38: 26- 34
26. Mohseni Tabrizi A. *Clinical Sociology: An introduction to interventional and therapeutic sociology*. First volume. 1st Edition, Tehran University Press: Tehran, 2016