

Predictors of Preventive Nutritional Behaviors of Cardiovascular Diseases among Women Referred to Community Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences Based on the Health Belief Model

Sakineh Rakhshanderou¹, Hossein Hatami², Shahnaz Delbarpour-Ahmadi^{3*}

1. Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Professor of Infectious and Tropical Diseases and Public Health (MPH), Department of Public Health and Safety, School of Health and Safety, Environmental and Occupational Hazard Control Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Student MPH (Health Education and Health Promotion), School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Shahnaz Delbarpour-Ahmadi, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: sh_delbarpour@sbmu.ac.ir

Received: 19 May 2017

Accepted: 14 July 2018

Published: 12 December 2018

How to cite this article:

Rakhshanderou S, Hatami H, Delbarpour-Ahmadi Sh. Predictors of Preventive Nutritional Behaviors of Cardiovascular Diseases among Women Referred to Community Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences Based on the Health Belief Model. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(1):61-69.
DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i1.21813>.

Abstract

Background and Objective: Some cardiovascular diseases can be prevented by identifying the risk factors such as smoking, unhealthy diet and obesity, physical inactivity, high blood pressure, diabetes, and hyperlipidemia. The present study aimed to determine the predictors of preventive nutritional behaviors of cardiovascular diseases among women referred to community health centers of shahid beheshti university of medical sciences based on the health belief model in 2017.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, 370 women aged 15-49 years referred to health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences were selected by multistage sampling. The data collection tool was a standard questionnaire based on health belief model constructs. The questionnaires were completed within a month and data were entered into SPSS-16 software. Then, data were analyzed by Pearson correlation test and multiple regression analysis.

Results: The mean (SD) age of participants was 35.9 (8.1). Decreased mean (SD) of perceived barrier structures 56.6 (13.4) ($P<0.001$), and increased perceived self-efficacy 81.8 (11.9) ($P=0.04$) and perceived susceptibility 76.1 (13.3) ($P<0.001$), improved protective nutritional behaviors of cardiovascular diseases with a mean (SD) score of 70.8 (10.9).

Conclusion: The study showed that decreased perceived barriers and increased self-efficacy and perceived susceptibility improved the preventive nutritional behaviors for cardiovascular diseases among women. In addition, perceived barriers were also the most prominent predictor of preventive nutritional behaviors of cardiovascular diseases among women.

Keywords: Nutritional Behaviors; Cardiovascular Diseases; Health Belief Model; Women.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.SBMU.PHNS.REC.1396.118.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

پیش بینی کننده های رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

سکینه رخشنده رو^۱، حسین حاتمی^۲، شهناز دلبرپور احمدی^{۳*}

۱. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد بیماری های عفونی و گرمسیری و بهداشت عمومی (MPH)، گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی و مرکز تحقیقات عوامل زیان آور محیط و کار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشجوی MPH (آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت)، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: شهناز دلبرپور احمدی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: sh_delbarpour@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: از برخی بیماری های قلبی و عروقی می توان با شناسایی عوامل خطر مانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و چاقی، عدم فعالیت بدنی، فشار خون بالا، دیابت و افزایش چربی پیشگیری کرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش بینی کننده های رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵ با کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش و مواد: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۳۷۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سنین ۱۵ تا ۴۹ سال به صورت نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه استاندارد مبتنی بر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بود. پرسشنامه ها طی یک ماه تکمیل و داده ها پس از گردآوری وارد نرم افزار SPSS-16 گردید. سپس با استفاده از آزمون های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سنی مشارکت کنندگان (۸/۱) ۳۵/۹ سال بود. با کاهش میانگین (انحراف معیار) سازه های موانع درک شده (۱۳/۴) ۵۶/۶ ($P<0/001$)، و افزایش خودکارآمدی درک شده (۱۱/۹) ۸۱/۸ ($P=0/04$) و حساسیت درک شده (۱۳/۳) ۷۶/۱ ($P<0/001$)، رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی (۱۰/۹) ۷۰/۸ در زنان مورد مطالعه بهبود یافت.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد با کاهش موانع درک شده و افزایش خودکارآمدی و حساسیت درک شده، رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در زنان بهبود یافت. همچنین موانع درک شده قوی ترین پیشگویی کننده رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی، الگوی اعتقاد بهداشتی، زنان.

واژگان کلیدی: رفتارهای تغذیه ای، بیماری های قلبی و عروقی، الگوی اعتقاد بهداشتی، زنان.

مقدمه

همه گیری بیماری های قلبی و عروقی اکثر کشورهای جهان را تحت فشار قرار داده است. اگرچه بسیاری از بیماری های قلبی و عروقی را می توان درمان کرد ولی همچنان مهم ترین علت مرگ در زنان و مردان سراسر جهان می باشد (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۷/۹ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶ بر اثر بیماری های قلبی عروقی فوت کرده اند که ۳۱/۲٪ کل موارد مرگ در سال بوده است. به طوری که ۸۰٪ مرگ در کشورهای با درآمد کم و متوسط بوده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ میزان مرگ و میر به علت بیماری های قلبی عروقی به بیش از ۲۳/۶ میلیون نفر در سال برسد (۲-۴). بر اساس آخرین آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران بیماری های قلبی عروقی در رأس علل مرگ و میر کشور قرار دارد. به طوری که حدود ۴۶٪ از موارد مرگ و میر به دلیل آن اتفاق می افتد و شیوع بیماری های قلبی عروقی در جمعیت، حدود ۱۹/۴ می باشد (۵) و هم چنین اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال است (۳ و ۶). مهم ترین دلیل فراوانی بیماران قلبی در ایران، تغذیه نامناسب، کم تحرکی، چاقی و استعمال دخانیات می باشد (۵ و ۷). تحقیقات نشان می دهند تعداد معدودی از زنان از سبک زندگی سالم برخوردارند (۷). نزدیک به ۴۰٪ زنان هیچ گونه فعالیت فیزیکی ندارند و تقریباً ۷۰٪ از زنان ۴۰ ساله و بالا تر اضافه وزن داشته یا چاق هستند (۸). یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت هر فرد، تغذیه است. تغذیه از ابعاد مهم بهداشت عمومی است و الگوی مصرف مواد غذایی نقش مهمی در ایجاد بیماری ها یا پیشگیری از آن ها دارد (۵).

بسیاری از عوامل ذکر شده برای بیماری های قلبی عروقی متأثر از رژیم غذایی می باشد (۱). در تحقیقات اخیر تغذیه نادرست، از مهم ترین عوامل بروز بیماری های قلبی عروقی اعلام شده است (۹). دریافت زیاد رژیم غذایی با چربی اشباع شده، چربی ترانس، کلسترول و نمک زیاد و دریافت کم میوه ها، سبزیجات و ماهی با خطر بیماری های قلبی عروقی در ارتباط است (۱۰). علاوه بر اهمیت چگونگی عادات مربوط به خوردن، پخت و پز و میزان نمک مصرفی از عوامل مؤثر در بروز بیماری های قلبی عروقی محسوب می شوند. در این میان نقش زنان مهم تر از مردان است زیرا بسیاری از مفاهیم رژیم غذایی بوسیله آن ها کسب می شود (۱۱). آموزش در این میان نقش عمده ای را ایفا می کند. زیرا آموزش بهداشت باعث تشویق و توانمند سازی مردم به قبول و انجام رفتارهای بهداشتی داوطلبانه، استفاده معقول از خدمات بهداشتی در دسترس، اتخاذ تصمیم برای پیشبرد و بهبود سطح سلامت خود در محیط، افزایش آگاهی در خصوص پیشگیری از بیماری، تغییر نگرش ها و تغییر رفتار که جزء هدف های اصلی برنامه های آموزش بهداشت مبتنی بر الگوها و نظریه ها است، می شود. یکی از الگوهای قابل استفاده در سطح فردی برای تغییر رفتار و در واقع یکی از پر استفاده ترین نظریه ها و الگوهای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، الگوی اعتقاد بهداشتی است (۱۲).

الگوی اعتقاد بهداشتی برای شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای نو در جامعه به کار می رود و از الگوهای درون فردی آموزش بهداشت است که در خصوص آموزش تغذیه در موضوعات گوناگون به کار رفته است. این الگو اهمیت حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده را در تعیین احتمال انجام رفتار مورد تأکید قرار می دهد (۱۳ و ۱۴). بر اساس این الگو، اگر افراد خود را مستعد و حساس در برابر وضعیتی ببینند (حساسیت درک شده) و باور داشته باشند که آن وضعیت برای آنان بالقوه خطرناک بوده و دارای پیامدهای منفی می باشد (شدت درک شده) و معتقد باشند که با انجام یک سری اقدامات می توانند این مخاطرات و عوارض را کاهش دهند و انجام این اعمال و اقدامات منافع (منافع درک شده) بیش از موانع عدم انجام آن رفتار (نظیر وقت و هزینه) را به همراه دارد (موانع درک شده)، رفتار پیشگیری کننده از خطر را انجام خواهند داد. افراد در راستای غلبه بر موانع رفتار، احساس کفایت و بسندگی می کنند (خودکارآمدی) (۱۴ و ۱۵).

به علت شیوع بالای بیماری های قلبی و عروقی و مرگ و میر ناشی از آن و به منظور هدفمند کردن آموزش ها در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی مرتبط با رفتارهای تغذیه ای مطالعه در این زمینه ضروری به نظر می رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی با مشارکت زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه گیری به روش نمونه گیری چند مرحله ای صورت پذیرفت. بدین ترتیب که از هر یک از مراکز بهداشت شرق و شمال تهران دو مرکز خدمات جامع سلامت و از شبکه بهداشت شمیرانات، یک مرکز خدمات جامع سلامت به طور تصادفی ساده انتخاب گردید، سپس در داخل مراکز خدمات جامع سلامت نمونه ها به صورت تصادفی سیستماتیک از روی شماره پرونده های خانوار مشخص شدند. تعداد نمونه بر اساس مطالعه قبلی (۲) و با در نظر گرفتن خطای برآورد ۰/۸ واحد میانگین نمره آگاهی ($d=0/8$) و $SD=6/26$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($Z=1/96$) و با در نظر گرفتن شاخص اثر طرح برابر با ۱/۵ و ۵ درصد ریزش ۳۷۰ نفر محاسبه شد.

از معیارهای ورود به مطالعه سن بین ۱۵ تا ۴۹ سال، نداشتن بیماری قلبی عروقی، متأهل بودن، داشتن پرونده در سامانه سیب و حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیار خروج، عدم تمایل و همکاری زنان در حین مطالعه و تکمیل پرسشنامه بود. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به این شرح رعایت شد: شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه بود و مشارکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند، می توانستند از مطالعه خارج شوند. از همه شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی شرکت در مطالعه اخذ گردید، پرسشنامه ها به صورت بی نام تکمیل شد و اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای بود که در مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۱۶) روایی و پایایی آن محاسبه شده است (۲). بخش اول آن شامل مشخصات دموگرافیک زنان، اعم از سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه خانوادگی بیماری قلبی است. بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سنجش سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی که مشتمل بر آگاهی با ۲۴ سؤال، حساسیت درک شده با ۵ سؤال، شدت درک شده با ۷ سؤال، منافع درک شده با ۱۰ سؤال، موانع درک شده با ۱۱ سؤال و خودکارآمدی درک شده با ۶ سؤال است. بخش سوم مربوط به سؤالات رفتار خودگزارشی با ۴ سؤال می باشد.

گویه ها با استفاده از لیکرت پنج گزینه ای امتیازگذاری شد. در قسمت حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده به گزینه های کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم امتیاز ۱ تا ۵ تعلق گرفت. در قسمت سؤالات رفتار نیز به گزینه های همیشه تا هرگز امتیاز ۱ تا ۵ تعلق گرفت. در قسمت سؤالات آگاهی به ترتیب برای پاسخ صحیح و غلط و نمی دانم نمره ۲، ۰ و ۱ در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای سؤالات حساسیت درک شده ۰/۷۳، شدت درک شده ۰/۷، منافع درک شده ۰/۸۹، موانع درک شده ۰/۷۱ و خودکارآمدی ۰/۵۹ به دست آمد. داده ها پس از گردآوری وارد نرم افزار SPSS-16 گردید و سپس با استفاده از آزمون های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت کنندگان (۸/۱) ۳۵/۹ سال بود. از نظر تحصیلات ۲۲۴ (۶۰/۵٪) نفر دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۹۲ (۵۲٪) نفر شاغل بودند. ۱۲۹ (۳۴/۹٪) نفر سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی داشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	زیر گروه	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۱۴۶ (۳۹/۵)
	تحصیلات دانشگاهی	۲۲۴ (۶۰/۵)
وضعیت شغلی	خانه دار	۱۷۷ (۴۸)
	شاغل	۱۹۲ (۵۲)
سابقه خانوادگی بیماری قلبی و عروقی	دارد	۱۲۹ (۳۴/۹)
	ندارد	۲۴۱ (۶۵/۱)

جدول شماره ۲- همبستگی بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماریهای قلبی و عروقی در مشارکت کنندگان

سازه	(انحراف معیار) میانگین	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی درک شده	رفتار
آگاهی	۸۵/۷ (۱۱/۲)	۱						
حساسیت درک شده	۷۶/۱ (۱۳/۳)	۰/۱۷۴** ۰/۰۰۱	۱					
شدت درک شده	۷۸/۵ (۱۳)	۰/۱۶۶** ۰/۰۰۲	۰/۱۸۷** <۰/۰۰۱	۱				
منافع درک شده	۸۵/۹ (۹/۷)	۰/۳۴۲** <۰/۰۰۱	-۰/۰۰۷ ۰/۸۹۶	۰/۰۹۶ ۰/۰۶۵	۱			
موانع درک شده	۵۶/۶ (۱۳/۴)	-۰/۰۱۳ ۰/۸۱۲	-۰/۰۰۹* ۰/۰۳۷	۰/۰۱۵ ۰/۷۶۷	-۰/۰۰۹ ۰/۸۶۵	۱		
خودکارآمدی درک شده	۸۱/۸ (۱۱/۹)	۰/۰۷۴ ۰/۱۶۸	۰/۱۱۲* ۰/۰۳۴	۰/۱۷۳** ۰/۰۰۱	۰/۳۴۱** <۰/۰۰۱	-۰/۲۲۸ <۰/۰۰۱	۱*	
رفتار	۷۰/۸ (۱۰/۹)	-۰/۰۳۰ ۰/۵۶۷	۰/۰۳۱ ۰/۵۵۶	۰/۰۴۳ ۰/۴۱۰	۰/۰۸۳ ۰/۱۱۰	-۰/۳۲۱** <۰/۰۰۱	۰/۲۸۰** <۰/۰۰۱	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۱
* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی قوی و مثبت بین سازه خودکارآمدی درک شده و رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی ($P < ۰/۰۰۱$)، و نیز همبستگی قوی و معکوس بین سازه موانع درک شده و رفتار ($P < ۰/۰۰۱$) وجود داشت. بدین معنی که با افزایش خودکارآمدی درک شده و کاهش موانع درک شده، رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده بهبود یافت. همچنین همبستگی ضعیف و معکوس بین سازه آگاهی و رفتار، همبستگی ضعیف و مثبت بین سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و رفتار دیده شد که به لحاظ آماری معنی دار نبود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳- سازه های پیش بینی کننده الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی بر اساس رگرسیون خطی چندگانه

مدل	B	خطای انحراف معیار	بتا	t	سطح معنی داری	R	R Square
۱ (ثابت)	۹۵/۸۲	۲/۰۶	-	۴۶/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۳۰
موانع درک شده	-۰/۰۴	۰/۰۳	-۰/۵۴	-۱۲/۴۲	<۰/۰۰۱		
۲ (ثابت)	۶۵/۸۵	۴/۵۸	-	۱۴/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۳۹
موانع درک شده	-۰/۳۴	۰/۰۳	-۰/۴۲	-۹/۴۶	<۰/۰۰۱		
خودکارآمدی	۰/۲۹	۰/۰۴	۰/۳۲	۷/۲۱	<۰/۰۰۱		
۳ (ثابت)	۶۹/۴۶	۴/۸۸	-	۱۴/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۴۰
موانع درک شده	-۰/۳۴	۰/۰۳	-۰/۴۳	-۹/۶۲	<۰/۰۰۱		
خودکارآمدی	۰/۳۲	۰/۰۴	۰/۳۵	۷/۵۲	<۰/۰۰۱		
حساسیت درک شده	-۰/۰۷	۰/۰۳	-۰/۰۹	-۲/۰۶	۰/۰۴۰		

طبق جدول شماره ۳، مدل شماره ۱ نشان می دهد که موانع درک شده مهم ترین عامل پیش بینی کننده رفتار است ($P < 0/001$) و به تنهایی ۳۰٪ واریانس را در رفتار تبیین می کند. در مدل شماره ۲ علاوه بر موانع درک شده، خودکارآمدی نیز عامل وضعیت پیش بینی کننده رفتار است ($P < 0/001$) و مجموعاً ۳۹٪ واریانس رفتار را توضیح می دهند. در مدل شماره ۳ علاوه بر موانع درک شده، خودکارآمدی، حساسیت درک شده نیز عامل وضعیت پیش بینی کننده رفتار است ($P = 0/04$). هر سه عامل می توانند ۴۰٪ از واریانس مربوط به رفتار را پیش بینی کنند. به طور کلی می توان بیان کرد که موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و حساسیت درک شده از پیش بینی کننده های رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی عروقی در زنان می باشند. که در این میان موانع درک شده قوی ترین پیش بینی کننده و حساسیت درک شده ضعیف ترین پیش بینی کننده برای این رفتار می باشد. بدین معنی که با کاهش موانع درک شده رفتار تغذیه ای بهبود می یابد.

بحث

مطالعه نشان داد با کاهش میانگین (انحراف معیار) سازه های موانع درک شده ($13/4$) ($56/6$)، و افزایش خودکارآمدی درک شده ($11/9$) ($81/8$) و حساسیت درک شده ($13/3$) ($76/1$)، رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی ($10/9$) ($70/8$) در زنان مورد مطالعه بهبود یافت. یافته های مطالعه حاضر با مطالعات باغیانی مقدم، مشکی و مهری هم راستا است (18 ، 19 و 21). در این مطالعه همبستگی قوی و معکوس بین سازه موانع درک شده و رفتار وجود دارد. بدین معنی که با کاهش موانع درک شده، رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی عروقی بهبود یافت. به طور مثال با وجودی که روغن مایع گران تر از جامد است ترجیح زنان بر این است که از روغن مایع استفاده نمایند.

با توجه به یافته ها بر اساس رگرسیون خطی چندگانه، سازه موانع درک شده به عنوان اولین و قوی ترین عامل پیش بینی کننده در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده می باشد. در الگوی اعتقاد بهداشتی چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش بینی شده غلبه کند، احتمال بروز رفتار کمتر می شود. عمل اشخاص به وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می شود. افراد باید تأثیر عمل و جنبه بالقوه منفی عمل را برآورد نمایند. تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است درجایی اتفاق بیافتد که افراد اثر عمل را در برابر موانع آن نظیر هزینه بالا، خطرناکی، نامطبوع بودن، ناراحت کننده، وقت گیر و دور از مکان اصلی بودن، ارزیابی نمایند (22). می توان گفت که درک منافع بیشتر در مقابل موانع کمتر، راه بهتری را برای انجام رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در پیش روی زنان قرار می دهد. لذا مداخلات آموزشی جهت غلبه بر موانع درک شده لازم است تا زنان بتوانند استراتژی ها و راهکارهای مناسب را عملی نمایند.

در این مطالعه همبستگی مثبت و معنی داری بین سازه خودکارآمدی درک شده و رفتار دیده شد. می توان گفت این سازه نقش مهمی در بروز رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی دارد بدین معنی که با افزایش خودکارآمدی درک شده رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده بهبود یافت. این یافته ها با مطالعات عصری، باغیانی مقدم، شجاعی، مهری وحسین نژاد همسو است (2 ، 18 ، 20 ، 21 و 23).

سازه خودکارآمدی دومین عامل پیش بینی کننده در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده می باشد. خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد اطمینان به توانایی خود برای انجام یک عمل ویژه است که به احساس کنترل فرد بر محیط و رفتار خود وابسته است. افرادی که خودکارآمدی بیشتری دارند اهداف بالاتری را در نظر می گیرند و متعهدتر می شوند و در نتیجه رفتار آن ها مطلوب تر می شود (24). در واقع افرادی که خودکارآمدی بالاتری دارند توانایی بهتری در انجام رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی عروقی دارند.

در این مطالعه همبستگی ضعیف و مثبت بین سازه حساسیت درک شده و رفتار وجود دارد. هم چنین بین سازه حساسیت درک شده و رفتار ارتباط معناداری وجود ندارد در واقع با افزایش حساسیت درک شده رفتارهای تغذیه ای تغییر نمی کند، این نتایج با نتایج مطالعه انجام شده توسط عصری و همکاران، همسو می باشد (2).

با توجه به مدل شماره ۳ سازه های پیش بینی کننده الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی بر اساس رگرسیون خطی چندگانه، سازه حساسیت درک شده به عنوان سومین عامل پیش بینی کننده در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نظر گرفته می شود. پیشگیری واقعی و موفقیت آمیز بستگی به اطلاعات واقعی درباره حساسیت و خطرات مرتبط با آن دارد. باور کردن احتمال ابتلا به بیماری قلبی و عروقی، یکی از قوی ترین ادراکات جهت واداشتن زنان به اتخاذ رفتار سالم است و منطقی به نظر می رسد زمانی که زنان باور داشته باشند که در معرض ابتلا به بیماری قلبی و عروقی هستند، آن ها با احتمال بیشتری دست به اقداماتی جهت پیشگیری از وقوع آن می زنند و برعکس با توجه به موارد فوق، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سازه حساسیت درک شده نقش چشمگیری در رفتار ندارد بنابراین، در این زمینه انجام مداخلات فرهنگی، آموزشی در راستای افزایش حساسیت درک شده زنان جهت پیشگیری از بروز بیماری های قلبی و عروقی، لازم و ضروری است.

مطالعه نشان داد همبستگی ضعیف و معکوس بین سازه آگاهی و رفتار وجود دارد. آگاهی زنان ارتباط معناداری با رفتار ندارد و منجر به رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی نمی گردد که با نتایج مطالعات انجام شده توسط عصری و همکاران، جلالی و ایمانی پور همسو است (۲، ۱۶ و ۱۷).

در این پژوهش همبستگی ضعیف و مثبت بین سازه شدت درک شده و رفتار وجود دارد. هم چنین بین سازه شدت درک شده و رفتار ارتباط معناداری وجود نداشته و منجر به رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی نمی گردد. نتایج این پژوهش با مطالعات باغیانی مقدم، مشکی و همکاران همسو است (۱۸ و ۱۹). اما یافته های مطالعه شجاعی و همکاران مغایر با مطالعه حاضرمی باشد (۲۰). در این مطالعه با افزایش شدت درک شده، احتمال بروز رفتار پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی تغییر نمی کند. به طور مثال با علم بر این که ابتلا به بیماری قلبی و عروقی هزینه های سنگین اقتصادی برای فرد و خانواده اش در پی خواهد داشت با این وجود تغییری در رفتار های پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی مشاهده نمی شود.

مطالعه نشان داد همبستگی ضعیف و مثبت بین سازه منافع درک شده و رفتار وجود دارد. هم چنین بین سازه منافع درک شده و رفتار ارتباط معناداری وجود نداشته و افزایش آنها منجر به رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی نمی گردد. مطالعه مشکی و همکاران، حاکی از آن است که در بین متغیرهای الگوی مورد بررسی، همبستگی معناداری بین سازه منافع درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی وجود ندارد که با یافته های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۹). اما یافته های مطالعه باغیانی مقدم (۱۸) نشان داد سازه منافع درک شده در تغییرات رفتار پیشگیرانه از بیماری های قلبی- عروقی مؤثر است که مغایر با مطالعه حاضرمی باشند.

هنگامی که زنان اثربخشی مورد انتظار توانایی انجام دادن طبخ غذاهای آب پز و بخارپز با رنگ و طعم بهتر در مقابل نکات منفی آن رفتار نظیر ناتوانی در انجام خوشمزه کردن غذاهای آب پز و بخارپز، و ناتوانی در محدود کردن مصرف غذاهای سرخ شده و ناتوانی در خواندن میزان و نوع چربی از روی برچسب مواد غذایی و غیره ارزیابی می کنند، به عبارتی یک تجزیه و تحلیل توانایی اثربخشی انجام می دهند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که جنبه های مثبت که به طور بالقوه در انجام رفتار سالم خاصی وجود دارد یا به عبارتی خودکارآمدی درک شده توسط فرد، ممکن است به عنوان توانایی جهت انجام یک رفتار عمل کنند. هم چنین، خود کارآمدی افراد می تواند با استفاده از الگوها (مثال های موفق) و استفاده از همسالان و تجربیات موفق و شکستن رفتارهای پیچیده به رفتارهای ساده بهبود یابد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که با کاهش موانع درک شده، و افزایش خودکارآمدی و حساسیت درک شده، رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی در زنان بهبود یافت. همچنین موانع درک شده قوی ترین پیشگویی کننده رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی عروقی در زنان بود. لذا برطرف نمودن موانع انجام این رفتارها تا

حد امکان برای اتخاذ رفتارهای سالم در راستای پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی زنان و ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می رسد و عوامل فوق باید در برنامه ریزی های آموزشی و پژوهشی مورد توجه قرار گیرد. نکته حائز اهمیت این است که با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعاتی که ذکر شد، کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی می تواند به برنامه ریزی صحیح آموزشی منجر شود و در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی نقش به سزایی داشته باشد. با طراحی مداخلات لازم بالاخص مداخلات آموزشی، می توان در بهبود عملکرد و رفتارهای بهینه زنان تأثیر به سزایی گذاشت و بار بیماری های قلبی و عروقی را در تمام اعضای خانواده کاهش قابل ملاحظه ای داد.

محدودیت های پژوهش

از محدودیت های این مطالعه می توان به جمع آوری داده ها توسط پرسشنامه و خودگزارشی و هم چنین استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی اشاره کرد چرا که عوامل متعددی در شکل گیری رفتار پیشگیری کننده از بیماری قلبی عروقی نقش دارند که در این مطالعه به دلیل بکار گیری این الگو، امکان بررسی همه آنها وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دوره MPH آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نویسنده سوم و دارای کد کمیته اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1396.118 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند از همه شرکت کنندگان و اشخاصی که با صبر و حوصله در انجام پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Mazloomi Mahmodabadi S, Shahbazi H, Motlagh Z, Momeni Sarvestani M, Sadeghzadeh J. The study of Knowledge, Attitude and Practice of Yazd Restaurant Chefs in Preventing Cardiovascular Diseases Riskfactors in. 2010. Toloo-e-Behdasht 2011; 10(1): 14-27. (Full Text in Persian)
2. Asri Z, Ghaffari M, Rakhshandehrou S, A. S-M. Correlates of cardiovascular diseases - related Nutritunal Behaviors among Women Using Health Belief Model: a Research from Iran World Family Medicine/Middle East Journal Of Family Medicine. 2018;16(2):88-94.
3. Hazavehei SMM, Shahabadi S, Hashemi SZ. The Role of Health Education in Reducing Cardiovascular Disease Risk Factors: a systematic review. Knowl Health.2014;9(1):30-42. (Full Text in Persian)
4. World Health Organization (WHO). cardiovascular disease. 2016; Available form: http://www.who.int/cardiovascular_disease/en/. (Accessed 15 July. 2014)
5. Jafari F, Kholdi N, Davati A, Nezamdust Z. The Study of Oils Consumption Pattern and its Related Factors in East Tehran. Journal of Fasa University of Medical Sciences.2013;3(3): 202-207.
6. Maleki A, Ashjaearvan M, Karimi A. Multifactorial Analysis of Dietary Patterns in Healthy and Coronary Artery Disease Patients: Brief Report. Tehran Univ Med J (TUMJ) 2015;73(1): 65-69.
7. Guenther PM, Dodd KW, Reedy J, Krebs SM. Most Americans Eat Much Less than Recommended Amounts of Fruits and Vegetables. Journal of American Diet Association.2006;106(9): 1371-1379.
8. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Mcdowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of Overweight and Obesity in the United State. JAMA Internet Medicine. 2005;295(13): 1549-1555.
9. Keyserling TC, Samuelhodge CD, Jilcott SB, Johnston LF, Garcia BA, Gizlice Z, et al. Randomized Trial of a Clinic-Based, Community-Supported. Lifestyle Intervention to Improve Physical Activity and Diet: The North Carolina Enhanced Wise Woman Project. Preventive Medicine. 2008;46(6): 499-510.
10. (WHO) World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011; Available form: www.who.int/cardiovascular_disease/publication/atlas_cvd/en/pdf. (Accessed 15 July.2014).

11. Darafshi Ghahroudi S, Bondarianzadeh D, Houshiar-Rad A, Naseri E, Shakibazad E, Zayeri F. Relationship between Perception of Cardiovascular Disease Risk Based on the Health Belief Model and Food Intake in a Group of Public Employees in Tehran, 2012. *Iran Journal of Nutrition Science and Food Technology*. 2013;8(3):55-64. (Full Text in Persian)
12. Butler TH. *Principles of Health Education and Promotion*. 3rd ed. USA: Wads Worth; 2001.p.56-57, 231-243.
13. Mazloomi S, Mirzaei A, Afkhami ardakani M, Baghianimoghadam M, Falahzadeh H. The Role of Health Beliefs and Behaviors in the Prevention of Type 2 Diabetes in Adults at Risk. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2010;18(1):24-31. (Full Text in Persian)
14. Zare M, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors Influencing Tooth Brushing Behavior Based on Health Belief Model among Bushehr Primary School 5th and 6th Grade Students. *Journal of Hayat*. 2013;19(2):67-78.
15. Glans K, Rimer BK, Viswamanas K. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Fransisco: John wiley and sons; 2008;3-10, 47-52.
16. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hosseinpour M, Angari M, Asadi E. Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of People Living in Babol about Clinical Symptoms and Risk Factors of Coronary Artery Diseases (CAD). *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2004;6(1):43-49. (Full Text in Persian)
17. Imanipour M. Knowledge, Attitude and Performance of Education Staff about Cardiovascular Diseases. *Iran Journal of Nursing* 2009;22(62):32-40. (Full Text in Persian)
18. Baghianimoghadam MH, Mirzaei M, Rahimdel T. Role of Health Beliefs in Preventive Behaviors of Individuals at Risk of Cardiovascular Diseases. *Journal of Health System Research*. 2013;8(7): 1151-1158. (Full Text in Persian)
19. Meshki M, Majdam M, Dostiirani A. Associated Factors for Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases in Employees of Khuzestan Province Health Center Utilizing the Health Belief Model. *jhealth*. 2015;6(4):367-377.
20. Shojaei S, Rahimi T, Moosavi Miandashti Z, Jafari Nadushan Z, Farahabadi M. Prevention of Cardiovascular Disease Predictors of Behavior Based on Health Belief Model in Women Referred to Health Centers in Qom. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2014;9(11):1-8.
21. Mehri A, Mohagheghnejad MR. Utilizing the Health Belief Model to Predict Preventive Behaviors for Heart Disease in the Students of Islamic Azad University of Sabzevar. *Toloo-e-Behdasht*. 2010;9(2,3):21-33. (Full Text in Persian)
22. Rahaei Z, Morowatisharifabad M, Zareiyan M, Shojaefard J, Lesan S. Perceived Benefits and Barriers of Preventive Behaviours of Relapsed Myocardial Infraction. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011;13(2):117-122.
23. Hossein nejad M, Aziz Zadeh Forozi M, Mohamadalizade S, Haghdooost Ak. The Role of Self-Efficacy in Predict Eating Behaviors among High School Girl Student Kerman. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2008;16(3):49-56.
24. Kelishadi R, Ardalan G, Gheyratmand R, Sheikh al-Islam R, Majdzadeh SR, Delavari AR, et al. Can the Dietary Habits for our Society Provide Future Health of Children and Adolescents? *Caspian Study*. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2005;15(2):97-109.