

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور بهداشتی بر رفتار تغذیه‌ای بیماران دچار سگته قلبی

شهین معقول (MS)^۱ - دکتر زهرا جلیلی (PhD)^۱ - دکتر ربیع الله فرمانیر (PhD)^۲

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد، تهران، ایران

پست الکترونیک: zahra.jalili@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۲۶ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۶/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۱۲

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی-عروقی به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامت انسان‌ها و نیز مهم‌ترین عامل مرگ و میر در دنیا و ایران شناخته شده‌اند. بنابراین، بایسته به نظر می‌رسد که مداخله در جهت افزایش آگاهی مردم از عوامل خطر ساز این بیماری و تشدید انگیزه‌ی آنها برای کاهش این عوامل با استفاده از آموزش‌های تئوری محور صورت گیرد.

هدف: تعیین تاثیر مداخله آموزشی بر پایه مدل باور بهداشتی بر رفتار تغذیه‌ای بیماران دچار سگته قلبی بستری در بیمارستان‌های استان گیلان در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی تجربی از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی بود. ۸۶ بیمار دچار سگته قلبی به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۴۳) و کنترل (۴۳) تقسیم شدند. اطلاعات (داده‌های جمعیت‌شناختی و الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار تغذیه‌ای بیماران) با پرسشنامه محقق ساخته در دو نوبت (پیش از مداخله‌ی آموزشی و یک ماه پس از آن) برای هر دو گروه گردآوری شد. پس از تعیین نیازها در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی، مداخله آموزشی در گروه مداخله انجام شد. در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای نشد، این بیماران تنها رهنمود روتین بیمارستان را دریافت کردند. داده‌ها با آزمون‌های آماری مناسب (آزمون کای اسکور، ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون تی مستقل) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ و اکاوی شدند.

نتایج: دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌دار نداشتند. پیش از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره سازه‌های مختلف الگوی اعتقاد بهداشتی و آگاهی و رفتار تغذیه‌ای در بیماران دو گروه دیده نشد اما پس از مداخله تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود ($p < 0.001$). نتایج، همچنین، نشاتگر تفاوت معنی‌دار در مقایسه گروه مداخله پیش از دریافت آموزش و پس از آن بود ($p < 0.001$) ولی در نتایج گروه کنترل پیش و پس از مداخله، تفاوت معنی‌دار دیده نشد ($p < 0.001$)
نتیجه‌گیری: مداخله بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی و با پافشاری بر آگاهی و رفتار تغذیه‌ای بیماران با سگته قلبی، تاثیر مثبت در راستای بهبود رفتار تغذیه‌ای این بیماران داشت و در پایان سبب بهبود وضعیت سلامت آنان شد.

کلید واژه‌ها: آموزش / انفارکتوس قلبی / تغذیه / رفتار بهداشتی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و هفت، شماره ۱۰۷، صفحات: ۶۰-۵۴

مقدمه

پیروی از رژیم درمانی اعم از رژیم دارویی و رژیم غذایی گستره‌ای از رفتار یک فرد است. چون همخوانی و سازگاری با حمله قلبی فرآیندی پویاست نیازمند تعدیل برخی رفتارها و شیوه زندگی بیمار بوده و از دسته این رفتارها نیز تبعیت از رژیم غذایی بیماران قلبی است. تبعیت از رژیم غذایی به دلیل ارزان بودن نسبت به دیگر مداخله‌های درمانی و اثر جانبی کمتر در خط اول درمان بیماران قلبی قرار دارد. رژیم غذایی قلبی، رژیم کم‌نمک و کم‌چرب است (۴).

شناخت تعیین‌کننده‌های تغذیه سالم به ویژه از نگاه افرادی که تجربه مستقیم در این زمینه دارند نقش مهمی در نمودارسازی برنامه‌های مداخله‌ای گسترش تغذیه سالم ایفا می‌کند. بنابراین، پژوهش‌هایی که بتوانند با تکیه بر شرایط و نیازهای

بیماری رگ‌های کرونر شایع‌ترین سبب مرگ و میر در کشورهای صنعتی است و چالشی دارای فوریت در کشورهای در حال توسعه است (۱). برپایه آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۷/۵ میلیون نفر به علت بیماری‌های قلبی و عروقی جان خود را از دست داده‌اند که نمایانگر ۳۱٪ از کل مرگ و میر جهانی است. از همه این مرگ و میرها ۷/۴ میلیون مرگ به علت بیماری‌های عروقی کرونر قلب است (۲). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، سالانه بیش از ۲۳ میلیون مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی و عروقی در سراسر جهان رخ دهد (۳). داشتن قلب سالم برای زندگی انسان بایسته است هر چند بسیاری از بیماران قلبی آموخته‌اند که چگونه با داشتن قلبی بیمار زندگی کامل و مولد داشته باشند.

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

راستین افراد، برنامه‌هایی برای بازسازی الگوی تغذیه‌ای جامعه ارائه دهند از نخستینگی‌های بهداشتی جامعه امروزند(۵). افرادی که پس از نخستین سکنه قلبی نجات یافته باشند مستعد دریافت توجه پزشکی و تغییر در عادت‌های غذایی هستند همچنین، نشان داده شده که رفتارهای تغذیه‌ای معین و مناسب از سکنه قلبی دوباره پیشگیری می‌کند(۶).

بیشتر عوامل خطر بیماری‌های قلبی با رفتار و آگاهی پیوسته هستند و یکی از ابزارهای بنیادین در تغییر سبک زندگی بیمار برنامه آموزشی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش بیمار بر کاهش رفتارهای مرتبط با عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم تأثیر بسزایی دارد(۷). میزان آگاهی افراد و درک آنها از عوامل خطر ساز بیماری و انگیزه آنها برای کاهش این عوامل می‌تواند سبب ارتقای سلامتی و جلوگیری از ابتلای به بیماری از راه تغییر شیوه زندگی افراد شود(۸).

یکی از مدل‌های موثر برای جلوگیری از بیماری در برنامه‌های آموزش سلامتی مدل اعتقاد بهداشتی است(۹). مدل اعتقاد بهداشتی ۶ سازه دارد و نخستین آن حساسیت درک شده (باور ذهنی است که شخص ممکن است دچار یک بیماری یا حالت زیانباری در نتیجه رفتاری خاص شود). دیگر سازه‌های این مدل عبارتند از شدت درک شده (اعتقاد به پهنه زیان ناشی از ابتلای به یک بیماری یا وضعیت آسیب زای ناشی از رفتاری خاص)، منافع درک شده (اعتقاد به برتری روش‌های پیشنهادی برای کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیانبار ناشی از یک رفتار خاص) موانع درک شده (اعتقاد مربوط به هزینه‌های متصور پی‌گیری رفتاری جدید)، راهنمای عمل (نیروی تسریع‌کننده‌ای که سبب احساس نیاز فرد به انجام کاری می‌شود) و خودکارآمدی (اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار) است(۱۰).

بنابراین، مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان چارچوب اصلی در این پژوهش بکار گرفته شد. با توجه به شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی و اهمیت الگوهای تغذیه‌ای و بایستگی شناخت دیدگاه بیماران قلبی و عروقی در مورد تعیین‌کننده‌های رفتار تغذیه‌ای و نیز بالا بردن سطح آگاهی بیماران با مشکلات قلبی در مورد به شماری غذایی و چگونگی پختن غذا، چگونگی تهیه غذای برازنده جایگاه

اقتصادی خانواده و مصرف نکردن غذاهای ناسالم مانند غذاهای شور و پرچرب که موجب پایین آمدن سن انفارکتوس میوکارد در بیماران شده، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه‌ای بیماران با سکنه قلبی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای تجربی از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی بود. در این پژوهش تأثیر مداخله آموزشی براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه‌ای بیماران با سکنه قلبی بستری شده بررسی شد.

معیار ورود به مطالعه، همه بیمارانی بودند که به مرکز آموزشی_درمانی دکتر حشمت رشت و بیمارستان ۲۲ آبان لاهیجان مراجعه کرده و براساس داشتن نشانه‌های بالینی و آزمایش‌های قلبی (آزمایش تروپونین و کراتین کیناز) و تغییر نوار الکتروکاردیوگرافی، سکنه قلبی شناسایی شده‌بود و در بخش سی‌سی‌یو بستری و درمان شده بودند.

حجم نمونه با توجه به مطالعات پیشین(۱۱) ۸۶ نفر گزیده و در دو گروه ۴۳ نفره به صورت تصادفی پخش شد.

ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بود. این پرسشنامه دربرگیرنده چهار بخش شامل پرسش‌های دموگرافی، آگاهی، سازه‌های الگوی باور بهداشتی و رفتار تغذیه‌ای بود.

بخش اول شامل متغیرهای دموگرافی (سن، جنس، تحصیلات، تاهل، پیشه، پیشینه بیماری خانوادگی، ابتلای به دیابت و میزان درآمد) در چارچوب ۸ پرسش بسته و بخش دوم شامل داده‌های آگاهی در زمینه میزان آگاهی بیماران قلبی در مورد تغذیه با ۱۱ سوال است که پاسخ به پرسش به صورت بلی(نمره ۲) و خیر(نمره ۰) و نمی‌دانم(۱) و بخش سوم شامل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (سازه حساسیت درک شده در قالب ۶ سوال، شدت درک شده در قالب ۷ سوال، منفعت‌های درک شده در قالب ۷ سوال، موانع درک شده در قالب ۹ سوال و خودکارآمدی در قالب ۹ سوال در گستره لیکرتی (کاملاً موافقم و موافقم و نظری ندارم و مخالفم و کاملاً مخالفم) و سوال راهنما برای عمل در قالب سه سوال بسته به صورت چند گزینه‌ای (مناسب‌ترین منبع برای آموزش

مداخله آموزشی در سه نشست و در سه هفته در گروه مداخله انجام شد. هر جلسه نزدیک یک ساعت طول کشید و به صورت برگزاری کلاس‌های آموزشی، سخنرانی، پاورپوینت، گفتگو در گروه‌های کوچک، بارش افکار و در پایان دادن جزوه‌های آموزشی و مواد چاپی به بیماران بود.

ب: در گروه کنترل هیچ مداخله آموزشی در مدت پژوهش انجام نشد و این گروه تنها آموزش‌های روتین بیمارستان را دریافت کردند. پکیج مداخله در پایان پژوهش و پس از انجام پست (post) تست به این گروه داده شد.

در مرحله دوم (یک ماه پس از مداخله)، پرسشنامه سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار تغذیه‌ای، دوباره توسط هر دو گروه تکمیل و در پایان مقایسه برای بررسی تاثیر مداخله انجام شد.

نتایج

در این مطالعه پرسشنامه همه بیماران شرکت‌کننده در گروه مداخله و کنترل تجزیه و تحلیل شد. بیماران با سکتة قلبی در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، تاهل، شغل، سابقه بیماری قلبی، میزان ابتلای به دیابت و درآمد ماهیانه همگن بودند و تفاوت آماری معنی‌دار بین آنها وجود نداشت.

از نظر میانگین سنی، در گروه مداخله میانگین سن ۶۱/۱۲ و در گروه کنترل ۵۴/۰۹ بود و اختلاف معنی‌دار بین دو گروه از نظر آماری آشکار بود. به رغم تفاوت معنی‌دار دو گروه از نظر سنی، با توجه به نداشتن پیوستگی سن با آگاهی، سازه‌ها و رفتار، سن اثر مخدوش‌کننده‌ای بر بررسی اثر مداخله بر آگاهی، سازه‌ها و رفتار نداشت.

از نظر توزیع فراوانی جنس، بیشترین درصد در گروه مداخله مرد ۷۶/۵ و در گروه کنترل زن ۵۱/۴ بود و اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه از نظر ترکیب جنسی دیده شد. به رغم تفاوت معنی‌دار دو گروه از نظر جنس، با توجه به عدم ارتباط جنس با آگاهی، سازه‌ها و رفتار، جنس بیماران اثر مخدوش‌کننده در بررسی اثر مداخله بر آگاهی، سازه‌ها و رفتار نداشت.

و مکان و زمان آموزش) و بخش چهارم شامل سوالات رفتار تغذیه‌ای با ۱۲ سوال بسته که پاسخ به سوالات به صورت بلی (نمره ۲) و خیر (نمره ۰) و نمی‌دانم (نمره ۱) بود که ارزیابی شد.

برای برآورد میانگین نمره هر کدام از سازه‌ها، حاصل جمع امتیاز پرسش‌های آن سازه بر شمارگان سوالات آن بخش شد و در واکاوی ارزیابی شد. برای تعیین روایی و پایایی نخست پرسشنامه آماده شده در اختیار ۱۰ نفر از استادان کاردان در رشته آموزش بهداشت قرار داده شد و از نظر کمی و کیفی روایی محتوایی ابزار بررسی شد. با توجه به نگرش آنها و میزان نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) فرآیند روایی محتوای پرسشنامه بدست آمد. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از بیماران با سکتة قلبی بستری در بیمارستان در یک مطالعه پایلوت قرار گرفت. بدین ترتیب پرسشنامه‌ها از نظر روایی و پایایی آماده شد که پس از دریافت پروانه لازم، آغاز کار و کامل کردن آن توسط بیماران انجام شد.

پژوهش‌گر پس از کسب اجازه از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1396.32 و کارآزمایی بالینی (IRCT20080825001087N11) و همچنین ضوابط و مقررات اخلاق در پژوهش‌های علمی، پرسشنامه‌ها را در اختیار بیماران نامبرده قرار داد از همه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد. براساس حجم نمونه، پری تست برای بیماران پر شد، سپس، داده‌های پرسشنامه‌های تکمیل شده وارد رایانه شد. داده‌ها با نرم‌افزار ۲۱ spss واکاوی سپس، با توجه به تحلیل و نظر اساتید راهنما و مشاور و مطالعه منابع مرتبط، مداخله مناسب نمودارسازی شد.

با توجه به یافته‌ها در گام نخست تکمیل پرسشنامه برنامه آموزشی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش به صورت زیر فراهم شد:

الف: گروه مداخله آموزش استوار بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

گروه قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار نداشتند. جدول شماره (۲) سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بکار گرفته در این پژوهش در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله است، این جدول نشان می‌دهد که پس از مداخله، بین دو گروه مداخله و کنترل در میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی، اختلاف معنی‌دار وجود داشت و تنها در سازه منافع درک شده شاهد اختلاف معنی‌دار بین دو گروه نبودیم.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

مقدار P	ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی		
	کنترل	مداخله	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۰/۵۶±۳/۷۶	۰/۴۱±۴/۳۲	حساسیت درک شده
۰/۰۴۶	۰/۵۶±۴/۱۹	۰/۴۷±۴/۴۴	شدت درک شده
۰/۲۸۹	۰/۴۷±۴/۴۴	۰/۴۱±۴/۵۵	منافع درک شده
۰/۰۰۱	۰/۶۲±۲/۸۲	۰/۵۸±۲/۱۹	موانع درک شده
۰/۰۲۹	۰/۵۴±۴/۱۸	۰/۳۷±۴/۴۳	خودکارآمدی
۰/۰۰۱	۰/۲۸±۱/۷۳	۰/۱۷±۱/۹۵	نمره کلی آگاهی
۰/۰۰۱	۰/۳۵±۱/۶۴	۰/۱۳±۱/۹۱	نمره کلی رفتار تغذیه‌ای

حساسیت نسبت به یک بیماری می‌تواند نقش موثری در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ابتلای به آن بیماری یا کنترل بیماری داشته باشد چرا که این افراد خود را بیشتر در معرض خطر می‌بینند.

کاتز و همکاران در سال ۲۰۰۹ مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای کم کردن خطر بیماری‌های قلبی انجام دادند که برپایه یافته آنها نشان داده شد که شدت درک شده پس از آموزش به طور معنی‌دار افزایش یافت (۱۳). که با مطالعه ما همخوانی داشت. در مطالعه ما میانگین نمره منافع درک شده در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله ارتباط معنی‌دار داشت. در مطالعه ذیقیمت و همکاران با عنوان آموزش در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار بیماران زیر عمل جراحی پیوند عروق کرونر به نظر می‌رسد که آنان درک خوبی از منافع انجام رفتار داشتند (۸). در درباره موانع و

از نظر میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل و میزان درآمد تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل دیده‌نشده ($p < 0/05$).

از نظر سابقه بیماری قلبی و میزان ابتلای به دیابت دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند و همگن بودند. جدول شماره (۱) مقایسه مفاهیم و ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی بکار گرفته در دو گروه را قبل از مداخله نشان می‌دهد. که بر اساس آزمون تی مستقل هیچ کدام از ابعاد بررسی شده در دو

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

مقدار P	ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی		
	کنترل	مداخله	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۵۶۸	۰/۵۷±۳/۸۱	۰/۵۶±۳/۸۹	حساسیت درک شده
۰/۳۴۲	۰/۶۷±۴/۱۱	۰/۴۴±۴/۲۴	شدت درک شده
۰/۳۷۳	۰/۵۰±۴/۳۸	۰/۴۱±۴/۲۸	منافع درک شده
۰/۷۳۰	۰/۷۵±۲/۷۹	۰/۷۵±۲/۸۵	موانع درک شده
۰/۳۷۰	۰/۶۳±۴/۱۸	۰/۶۷±۴/۱۰۴	خودکارآمدی
۰/۱۰۲	۰/۳۵±۱/۵۹	۰/۲۷±۱/۷۱	نمره کلی آگاهی
۰/۶۶۷	۰/۴۳±۱/۵۷	۰/۳۸±۱/۵۳	نمره کلی رفتار تغذیه‌ای

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که مداخله آموزشی براساس الگوی اعتقاد بهداشتی باعث گردش در سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار تغذیه‌ای در بیماران می‌شود.

به بیان دیگر مداخله مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار تغذیه‌ای بیماران با سکتة قلبی بستری در بیمارستان تاثیر داشت که در مطالعه مظلومی و همکاران ارتباط سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری‌کننده نشان داده شده است (۱۲). همچنین، در ارتباط سازه حساسیت درک شده با رفتار تغذیه‌ای در این پژوهش، تفاوت آماری معنی‌دار بین میانگین نمره حساسیت درک شده در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله دیده شد که با مطالعه شجاعی در زمینه پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی و عروقی براساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان که میانگین نمره حساسیت درک شده پس از مداخله به طور معنی‌دار افزایش یافته بود، همخوانی دارد (۲). به نظر می‌رسد افزایش

بیماری می‌شود (۱۵). نتایج مطالعات ذکر شده با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت و تاثیر مداخله آموزشی را استوانش می‌کند. بنابراین، مطالعه ما نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزشی که مطابق با نیازسنجی‌های نتایج پیش‌آزمون و برای افزایش نمره‌سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و تغییر رفتار نمونه‌ها طراحی شده بود، توانسته است موثر واقع شود.

مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای بیماران با سکنه قلبی تاثیر دارد و بالا بردن میزان آگاهی و ایجاد حساسیت در بیماران با توجه به ارتباط معنی‌دار نیرومند با رفتار تغذیه‌ای بیماران با سکنه قلبی در کنار دیگر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (منافع رعایت کردن رژیم غذایی درست و خطر و عوارض ناشی از رعایت نکردن آن) است و بین این سازه‌ها و رفتار همبستگی کامل وجود دارد.

همچنین، هرچه نسبت به تعیین‌کننده یک رفتار شناخت بیشتری بدست آید موفقیت مداخله در جهت اصلاح آن رفتار نیز بیشتر خواهد شد. بنابراین، استفاده از این الگو در برنامه‌های آموزشی می‌تواند به طور چشمگیر به ارتقای رفتار تغذیه‌ای در بیماران بیانجامد. در پایان می‌توان به این نکته اشاره کرد که در بیماران با سکنه قلبی با توجه به دستخوش خطر بودن بیماران به حمله قلبی دوباره، این بیماران حساسیت و تهدید را بهتر درک می‌کنند و از سویی به منافع و بازدارنده‌های رفتار نیز می‌اندیشند و شرایط و آمادگی مناسبی برای دریافت راهنما دارند. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش بیماران براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای ارتقای رفتار تغذیه‌ای بیماران باید به طور پیاپی حتی پس از ترخیص از بیمارستان انجام شود.

سپاسگزاری و سپاسداری

این پژوهش حاصل پایان‌نامه ارشد برنهاد دانشگاه علوم و تحقیقات است. بدینوسیله از همه استادان بزرگوار به دلیل بازبینی ریزبنیانه و راهنمایی‌های به هنگام در زمان انجام پژوهش و همچنین همه مسئولان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و بیمارستان‌های دکتر حشمت رشت و ۲۲ آبان لاهیجان و همکاران محترم بخش CCU این مراکز که در این مطالعه

معایب درک شده در پژوهش ما قبل از مداخله ۲/۸۵ بود که بعد از مداخله به ۲/۱۹ کاهش یافت و این اختلاف معنی‌دار بود. در مطالعه مظلومی و همکاران عنوان تجربه‌های بیماران با عوامل خطر سازه‌های قلبی و عروقی و کارکنان بهداشتی، از تعیین‌کننده‌های رفتار تغذیه‌ای با در نظر گرفتن سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (تهدید، منافع و موانع درک شده)، تحلیل یافته‌ها نشان داد که مشکل عمده بیماران این است که نمی‌توانند به طور بسامان رژیم غذایی را نگهدارند. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشانگر تعیین‌کننده‌های موثر بر رفتار تغذیه‌ای است و به برنامه‌ریزان کمک می‌کند مناسب‌ترین روش‌ها و راهبردها را برای کاهش رفتار تغذیه‌ای ناسالم و پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی انتخاب کنند (۱۲). با دید تحلیلی به این یافته می‌توان آگاه شد که هر چه قدر افراد آگاهی بیشتر و درک بالایی از شدید بودن ناهنجاری داشته‌باشند، موانع را کمتر می‌بینند. بنابراین، در رفتار پیشگیرانه کامیاب‌تر هستند شاید بتوان گفت مداخله مبتنی بر مدل باور بهداشتی در زمینه رفتار بهداشتی سبب پیشرفت خودکارآمدی و خودکارآمدی بالا موجب افزایش توان، و بسندگی افراد می‌شود.

بالا بردن میزان آگاهی بیماران در مورد خوراک درست و اثر مثبت آن بر کنترل بیماری قلبی باعث توجه و رعایت بیماران می‌شود. در مطالعه Bustanji و همکاران در سال ۲۰۱۳ با عنوان اثر مداخله ترکیبی رژیم غذایی و فعالیت بدنی در درک کردن خطر راستین بیماری کرونری قلب در زنان شمال اردن نشان داد که بالا بردن سطح آگاهی عوامل خطر تعدیل‌کننده بیماری‌های قلبی و عروقی و خطر بیماری را در این زنان را کمتر می‌کند (۱۴).

در رابطه با تاثیر مداخله مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای در بیماران با سکنه قلبی میانگین نمره رفتارهای تغذیه‌ای بیماران در گروه مداخله افزایش معنی‌دار پیدا کرد در حالی که در گروه کنترل این اختلاف وجود نداشت، شجاعی زاده و همکاران در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در چارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی نشان داد که مداخله آموزشی باعث ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از این

می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

یاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنم. نویسندگان اعلام

منابع

1. Al-Ali Nahla , Linda G Haddad. The effect of the health belief model in explaining exercise participation among Jordanian myocardial infarction Patients. *J Transcult Nurs* 2004;15(2):114-21.
2. Shojaei Sarallah, Rahimi Tahereh, Mousavi Miyandashti Zahra, Jafary Nodoushan Zahra, Farahabadi Mohsen. Predictors of Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases: Based on Health Belief Model in Women Referred to Health Treatment Centers in Qom City, 2014, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2016; 9 (11):51-59.[Text in Persian]
3. Koochi Fatemeh, Salehiniya Hamid, Mohammadian-Hafshejani Abdollah. Trends in mortality from cardiovascular disease in Iran from 2006-2010. *Bimonthly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2015; 22(4):630-638.[Text in Persian]
4. Mohammady M, Memari A, Shaban M, Mehran A, Yavari P, Salari Far M. Comparing Computer-assisted vs. Face to Face Education on Dietary Adherence among Patients with Myocardial Infarction. *Hayat* 2011; 16 (3 and 4):77-85.[Text in Persian]
5. Sabzmakan L, Mazloomi Mahmoodabad S, Morowatisharifabad M A, Mohammadi E, Naseri M H, Mirzaeiae M, et al. Patients, Experiences with Cardiovascular Disease Risk Factors and Healthcare Providers of Determinants of the Nutritional Behavior: A Qualitative Directed Content Analysis. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2013; 15 (3):292-302.
6. Wallström P, Mattisson I, Tydén P, Berglund G, Janzon L. Dietary habits after myocardial infarction - results from a cross-sectional study. *J Intern Med* 2005; 257(4):329-37.
7. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam M, Mazlumi Mahmudabad S, Sanati H, Asgar Shahi M. Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *Payavard* 2009; 2 (4) :43-55. .[Text in Persian]
8. Zigheymat F, Ebadi A , Motahedian Tabrizi E, Alaf Javadi M, Hamedzadeh F. Effect of training according to health belief model (HBM) on health believing, knowledge and behavior of patients under CABG. *Kowsar Medical Journal* 2009; 13(4):309-313.
9. Karami Matin Behzad, Sepahi Sheada, Ahmad Khoshay, Vida Sepahi, Sara Shahabadi, Zahra Laghaei, Saeed Samiei, Azam Geravandi. The Effect of Training Based on Health Belief Model on the Awareness and Attitude of Nursing and Midwifery Students in Preventing Cardiovascular Diseases. *Educational Research in Medical Sciences* 2012; 1(2):28-33.
10. Chatripour R, Shojaeizadeh D, Tol A, Sayehmiri K, Asfeia A, Kia F. The impact of teacher education on promoting knowledge, attitude and performance of students in prevention of cardiovascular diseases: Application of the HBM model. *RJMS* 2016; 23 (146):26-35.
11. Borji M, Azami M, Amirkhani M, Bastami M, Salimi E , Sayemiri K, Jahromi A. The effect of education about the risk factors of myocardial infarction based on Health Belief Model on knowledge and attitudes of patients with myocardial infarction in Shahid Mustafa Hospital in Ilam, 2014-2015. *NJV* 2016; 3 (6):37-47.
12. Mazlomi MahmoodAbad S S , Fazelpoor S , Askarshahi M. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Shahid Sadoqi Yazd Academic Staff in Iran. *SJIMU* 2013; 21 (3):12-21.
13. Katz DA, Graber M, Birrer E, Lounsbury P, Baldwin A, Hillis SL, Christensen AJ. Health beliefs toward cardiovascular risk reduction in patients admitted to chest pain observation units. *Acad Emerg Med* 2009;16(5):379-87.
14. Bustanji MM, Majali S. Effect of Combined Interventions of Diet and Physical Activity on the Perceived and Actual Risk of Coronary Heart Disease among Women in North of Jordan. *Middle East Journal of Nursing* 2014 ;8 (2): 10 – 16.
15. Tal Azar, Esmaeili Shahmirzadi Sima, Shojaeizadeh Davoud, Eshraghian Mohamad Reza, Mohebbi Bahram. Determination Of Perceived Barriers And Benefits Of Adopting Health-Promoting Behaviors In Cardiovascular Diseases Prevention: Application Of Preventative Behavior Model. *Journal Of Payavard Salamat* 2012, 6(3): 204-214. [Text in Persian]

Assessment of the Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nutritional Behavior of Patients With Myocardial Infarction

Maghoul S (MS)¹- *Jalili Z (PhD)¹- Farmanbar R (PhD)²

*Corresponding Address: Department of Health Education and Health Promotion, Islamic Azad University Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

Email: zahra.jalili@gmail.com

Received: 17/Sep/2017 Revised: 11/Nov/2017 Accepted: 08/Dec/2017

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) are known as a health-threatening factors and the most important cause of mortality worldwide and also in Iran. Thus, it seems necessary to intervene in order to increase public awareness of the risk factors and to enhance their motivation for reducing those factors via the theory-based education

Objective: This study aimed to determine the effect of educational intervention based on health belief model on nutritional behavior of patients with myocardial infarction admitted to the hospitals in Guilan province during 1395-96(2017-2018).

Materials and Methods: This study is a randomized controlled experimental trial. Eighty-six patients with myocardial infarction were randomly assigned into two case (43) and control (43) groups. Data from both groups (demographic and health belief model and nutritional behavior) were collected using a researcher-made questionnaire before and a month after educational intervention. After fulfilling the requirements based on HBM, educational intervention took place in case group. Control group did not receive any kind of intervention, they just received the routine notes from hospital. Data were analyzed using SPSS version 21 using suitable statistical tests (chi-square test, Spearman coefficient and independent t-test).

Results: In terms of demographic characteristics, no significant differences were seen between the groups. Before intervention, no significant differences were seen between mean scores of HBM constructs, awareness and nutritional behaviors in the groups, while after intervention there was a significant difference between them ($p < 0.001$). Results also showed a significant difference in case group before and after receiving educational intervention ($p < 0.001$). But there was no significant change in the control group before and after educational intervention ($p < 0.001$).

Conclusion: The present study showed that intervention based on HBM, emphasizing awareness and nutritional behavior of patients with myocardial infarction, could have a positive effect on the nutritional behavior of the patients and consequently their health status.

Conflict of interest: non declared

Key words: Education\ Health Behavior\ Myocardial Infarction\ Nutrition

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 107, Pages: 54-60

Please cite this article as: Maghoul S, Jalili Z, Farmanbar R. Assessment of the Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nutritional Behavior of Patients With Myocardial Infarction. J of Guilan University of Med Sci 2018; 27(107):54-60. [Text in Persian]

1. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.