مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

بررسی نیازهای آموزشی زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا در خصوص عملکرد تغذیه ای با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی

زهرا دشتی[۱]، طاهره رمضانی[۲]، محمد حضوری[۳]، سیامک محبی[۴*]

۱،۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۳- استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۴- استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

mohebisiamak@yahoo.com ۰۹۱۸۳۳۰۴۲۹۷

چکیده

زمینه و هدف: فشارخون بالا یکی از چالش‌های عرصه‌ی سلامت بوده و شیوع آن در زنان، به‌ویژه پس از یائسگی، بیشتر گزارش شده است؛ زیرا در زنان یائسه، توام شدن دو عامل افزایش سن و کاهش هورمون استروژن، موجب تشدید این بیماری می‌گردد. با توجه به اهمیت آگاهی در کنترل علائم و پیشگیری از عوارض این بیماری، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی نیازهای آموزشی زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا در خصوص عملکرد تغذیه ای با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌کار: مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی مقطعی است که بر روی ۲۱۱ نفر از زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا و مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی استان قم در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته روا و پایا مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بود که طی مصاحبه با شرکت‌کنندگان تکمیل- گردید. در خاتمه، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ درسطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان تحت آزمون ۶۰/۶ سال بود. میانگین و انحراف معیار آگاهی تغذیه‌ای زنان یائسه ۱۱/۱۱±۲/۰۶ نمره محاسبه گردید همچنین میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده ۱۷/۹۳±۲/۷۵، شدت درک شده ۱۷/۲±۲/۹۳، منافع درک شده ۱۷/۴۶±۱/۸۷، موانع درک شده ۱۵/۸۲±۱/۶۲ و خودکارآمدی ۲۴/۴۴±۵/۱۸ تعیین شد. بین میانگین شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده در دو گروه تابع رژیم غذایی توصیه شده و غیر تابع رژیم غذایی توصیه شده اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: مطالعه‌ی حاضر نشان داد که وضعیت آگاهی تغذیه‌ای زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا نسبتاً مطلوب، وضعیت حساسیت درک شده متوسط، شدت درک شده متوسط به پایین، منافع درک شده متوسط و موانع درک شده مطلوب نمی‌باشد لذا مداخلات آموزش مبتنی بر تئوری و مدل، به ویژه آموزش مبتنی‌برالگوی اعتقاد بهداشتی برای این گروه توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فشارخون بالا، زنان یائسه، الگوی اعتقاد بهداشتی، آگاهی تغذیه‌ای

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

فشارخون بالا یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی ازجمله آترواسکلروزیس و شایع‌ترین عامل بروز نارسایی قلبی، سکته مغزی و ایجاد نارسایی کلیوی در بسیاری از کشورها است. این بیماری خطری جدی برای سلامت جامعه و از علل مهم ناتوانی و مرگ ومیر می‌باشد (۱،۲). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که حدود ۶۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان، مبتلا به پرفشاری خون هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر در اثر ابتلاء به این بیماری و عوارض ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند (۳). در کشورهای مدیترانه شرقی و خاورمیانه شیوع فشار خون بالا در بررسی‌های مختلف از ۱۰-۱۷٪ گزارش شده است (۴).

این بیماری با برخی عوامل زمینه‌ای از جمله سن، جنس و چاقی ارتباط دارد (۵). بنابراین با توجه به مطالعات صورت‌گرفته، شیوع این بیماری در زنان، به خصوص زنان یائسه بیشتر از مردان می‌باشد. زنان نسبت به مردان با مشکلات ویژه‌ی ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود روبه‌رو هستند که عامل مهمی در معلولیت، ناتوانی و مرگ و میر زنان محسوب می شود. دوره‌ی گذار یائسگی یا سال‌های پایانی دوره‌ی باروری به سبب کاهش استروژن، مشکلات مضاعفی برای زنان ایجاد می‌نماید و اثر منفی بر کیفیت زندگی آنان دارد (۶،۷). آنچه امروزه توجه محققین و برنامه ریزان را جلب کرده، گسترش قابل توجه بیماری‌های مزمن در تمامی کشورها است که در زنان یائسه توأم شدن دو عامل افزایش سن و کاهش هورمون استروژن، مزید بر علت و نگران‌کننده می‌باشد (۶).

در میان راهکارهای حفظ و ارتقاء سطح سلامت، توجه به رفتارهای تغذیه‌ای خصوصاً در میان زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. امروزه مشخص شده است که تغذیه‌ی مناسب در پیشگیری و کنترل بسیاری از بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، چاقی، فشار خون، دیابت و غیره مؤثر می‌باشد. طبق آمار سازمان کشاورزی آمریکا، تغذیه‌ی صحیح می‌تواند؛ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی را ۲۵٪ کاهش دهد (۱).

متأسفانه علی‌رغم نقش انکارناپذیر رژیم غذایی بر این بیماری‌ها، وضعیت تغذیه‌ای رضایت‌بخش نمی‌باشد؛ چنان‌که در مطالعه‌ای، ۵۵/۵٪ زنان یائسه دارای اضافه وزن یا چاقی بودند (۸). بنابراین تعیین راهکاری مناسب، در این خصوص ضرورت دارد. امروزه مشخص شده که شکل‌گیری رفتار به عوامل متعدد رفتاری وابسته است و توجه به این عوامل، جهت طراحی مداخلات آموزشی آتی حائز اهیمت می‌باشد (۹،۱۰).

الگوی اعتقاد بهداشتی، یکی از مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت می باشد که می‌تواند عوامل رفتاری را بهتر نشان دهد. این مدل رابطه‌ی اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را مشخص می‌کند و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده براساس اعتقادات شخصی می‌باشد؛ به عبارت دیگر رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند (۱۱،۱۲). الگوی اعتقاد بهداشتی بر این موضوع تأکید دارد که طبق قاعده‌ی کلی، هنگامی مردم احساس کنند که در معرض خطر جدی قرار دارند(تهدید درک شده) و به دنبال این موضوع، منفعتی را نیز درخصوص تغییر رفتارهای خودشان درک کنند (منافع درک شده)؛ نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند. بنابراین موانع موجود در جهت این تغییرات را به راحتی مرتفع می سازند (موانع درک شده). در این شرایط، مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالا مؤثر خواهد بود (۱۳) لذا

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

این مطالعه با هدف تعیین نیازهای آموزشی زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالای شهر قم درخصوص رفتارهای تغذیه‌ای سالم براساس الگوی اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۳ انجام گردید.

مواد و روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی مقطعی می‌باشد و بر روی ۲۱۱ نفر از زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالای ساکن استان قم در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است. ابتدا از بین مراکز بهداشتی درمانی استان قم، ۳ مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب و سپس فهرست زنان یائسه این ۳ مرکز بهداشتی درمانی استخراج گردید. تعداد ۲۱۱ زن یائسه به روش تصادفی سیستماتیک و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، از جمله داشتن سن ۵۰ تا ۶۵ سال، بروز یائسگی، ابتلاء به فشارخون بالا، تمایل به شرکت در مطالعه و مدت زمان ابتلاء بیش از ۶ ماه همچنین دارا بودن معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های روانی ثبت شده، سابقه‌ی بستری در بیمارستان به هر دلیل طی ۶ ماه اخیر، تغییر در پروتکل مصرف داروهای درمانی فشارخون و مصرف سایر داروهای مؤثر بر فشار خون انتخاب شدند.

با توجه به عدم وجود پرسشنامه‌ی استاندارد آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص موضوع مورد مطالعه، ابتدا بانک سؤالات، با بررسی گسترده و جمع آوری گویه‌های سؤال برای هر قسمت طراحی شد. سپس سؤالات متناسب با تکنیک پانل خبرگان روایی صوری و محتوایی آن مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور از اساتید تغذیه، آموزش بهداشت، اپیدمیولوژی و آمار حیاتی کمک گرفته شد. سپس جهت تأیید پایایی از روش همسانی درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ و حضور حدود ۳۰ نفر از زنان یائسه‌ی مشابه نمونه‌های مورد پژوهش (غیر از خود نمونه‌ها) استفاده شد همچنین سؤالاتی که میزان آن کمتر از ۰/۷۰ بود؛ حذف گردید.

بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه محقق‌ساخته، شامل ۱۵ سؤال آگاهی تغذیه‌ای بود که بر اساس پاسخ‌های صحیح و غلط، نمره ۱ یا ۰ می‌گرفت. بخش سوم پرسشنامه محقق‌ساخته مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و راهنمای عمل بود. این بخش در مجموع ۳۳ سوال داشت که بر اساس مقیاس نگرش‌سنج ۴ گزینه‌ای لیکرت دو طرفه طراحی شده و بر حسب جهت صحیح نگرش از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده بود. بخش چهارم، ابزار چک لیست طراحی شده جهت ثبت میزان فشار خون، وزن، قد، دور کمر و دور باسن بود.

فشارخون افراد مورد مطالعه، در حالت نشسته و پس از ۱۵ دقیقه استراحت، در حالی که دست راست در حالت افقی و همسطح قلب بود؛ به‌وسیله‌ی دستگاه فشارسنج کالیبره با کاف متناسب و توسط یک فرد آموزش دیده اندازه‌گیری شد. شنیدن فاز ۱ صداهای کورتکوف به عنوان فشارخون سیستولیک و شنیدن فاز ۵ آن (قطع شدن صدا) به عنوان فشارخون دیاستولیک در نظر گرفته شد. وزن، به وسیله‌ی یک ترازو با دقت ۱۰۰ گرم و قد، دور کمر و دور باسن با استفاده از یک متر استاندارد غیر قابل ارتجاع با دقت ۰/۱ میلیمتر اندازه‌گیری شد. شاخص توده‌ی بدنی با تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مربع قد (برحسب مترمربع) محاسبه گردید. شاخص توده‌ی بدنی کمتر از ۱۸/۵ به عنوان کم وزنی، بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ وزن مطلوب، بین ۲۵ تا ۲۹/۹ اضافه وزن و بالاتر از ۳۰ به عنوان چاقی و همچنین شاخص دورکمر به دور باسن (برحسب متر) بالاتر از ۰/۹ به عنوان چاقی شکمی (۱۴) در نظر گرفته

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

شد. پرسشنامه‌ی مذکور به صورت مصاحبه‌ی سازمان یافته با شرکت‌کنندگان، توسط پرسشگر آموزش‌دیده‌ی همجنس تکمیل گردید. در این مطالعه، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه‌ها با آگاهی از اهداف مطالعه در این طرح تحقیقاتی شرکت کردند. اطلاعات محرمانه‌ی نمونه‌ها ثبت و به صورت سازمان یافته‌ای جمع آوری گردید. در نهایت، داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و توسط شاخص‌های آمار مرکزی، میانگین و توزیع فراوانی، به صورت توصیفی بیان گردید همچنین از آزمون‌های T مستقل و وابسته و ANOVA استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های به‌کار گرفته شده، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۱۱ زن یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی زنان ۸/۹۹ ± ۶۰/۶ سال و میانگین و انحراف معیار مدت ابتلاء به فشارخون ۵/۵۲ ± ۶/۲ سال بود. از نظر تحصیلات، ۷۱/۱٪ (۱۵۰ نفر) بی‌سواد، ۲۷٪ (۵۷ نفر) ابتدایی، ۰/۹٪ (۲ نفر) راهنمایی و ۰/۹٪ (۲ نفر) تحصیلات عالی داشتند. از نظر شغل ۹۹/۱٪ (۲۰۹ نفر) خانه‌دار و ۰/۹٪ (۲ نفر) شاغل بودند. ۴۶/۹٪ زنان (۹۹ نفر) دارای رژیم غذایی و ۵۳/۱٪ زنان (۲۱۱ نفر) از رژیم غذایی توصیه شده پیروی نمی‌کردند. نسبت دورکمر به دور باسن (WHR) ۴۵/۵٪ (۹۶ نفر)، بیشتر از ۰/۹ و نسبت دورکمر به دورباسن ۵۴/۵٪ (۱۱۵ نفر)، کمتر از ۰/۹ بود.

میانگین و انحراف معیار نمایه‌ی توده بدنی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد مورد مطالعه به ترتیب ۵/۳±۳۰/۴ کیلوگرم برمترمربع، ۲/۱ ± ۱۴/۴ و ۱/۰۸±۸/۳۴ میلیمترجیوه بود. میانگین و انحراف معیار دور کمر زنان ۱۲/۰۱±۱۰۲/۹۷ سانتی‌متر به‌دست آمد. میانگین و انحراف معیار آگاهی تغذیه‌ای نیز در گروه مورد مطالعه ۲/۰۶±۱۱/۱۱ از محدوده‌ی قابل اکتساب ۰ تا ۱۵ نمره بود که در این میان ۳۴/۶٪ (۷۳ نفر) دارای آگاهی متوسط و ۶۵/۴٪ (۱۳۸نفر) دارای آگاهی خوب بودند همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌ی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده ۲/۷۵±۱۷/۹۳ (از دامنه ۲۸-۷ نمره)، شدت درک شده ۲/۹۳±۱۷/۲ (از دامنه ۲۴-۶)، منافع درک شده ۱/۸۷±۱۷/۴۶ (از دامنه ۲۴-۶)، موانع درک شده ۱/۶۲±۱۵/۸۲ (از دامنه ۲۸-۷) و خودکارآمدی درک شده ۵/۱۸±۲۴/۴۴ (از دامنه ۴۰-۸) به‌دست آمد (جدول ۱).

بیشترین منبع کسب اطلاعات سلامتی در افراد مورد مطالعه (۳۸/۴٪)، پرسنل بهداشتی درمانی بود. جزئیات بیشتر در جدول ۲ آمده است.

جدول۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	نمره قابل اکتساب
آگاهی تغذیه ای	۱۱/۱۱	۲/۰۶	۶	۱۵	۰-۱۵
حساسیت درک شده	۱۷/۹۳	۲/۷۵	۹	۲۸	۷-۲۸
شدت درک شده	۱۷/۲	۲/۹۳	۱۰	۲۴	۶-۲۴
منافع درک شده	۱۷/۴۶	۱/۸۷	۱۲	۲۴	۶-۲۴
موانع درک شده	۱۵/۸۲	۱/۶۲	۱۲	۲۲	۷-۲۸
خودکارآمدی درک شده	۲۴/۴۴	۵/۱۸	۸	۳۵	۸-۴۰

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جدول۲: توزیع فراوانی استفاده از راهنماهای عمل در نمونه‌های مورد بررسی

گویه‌ها	همیشه		اغلب اوقات		گاهی اوقات		بندرت		هرگز	
راهنمای عمل	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
رادیو و تلویزیون	۲۱	۱۰	۲۶	۱۲/۲	۵۹	۲۸	۶۲	۲۹/۴	۴۳	۲۰/۴
روزنامه‌ها	–	–	–	–	۱	۰/۵	۱۱	۵/۲	۱۹۹	۹۴/۳
همسر	۲۱	۱۰	۱۱	۵/۲	۲۰	۹/۵	۴۹	۲۳/۲	۱۱۰	۵۲/۱
دوستان	۱۵	۷/۱	۲۲	۱۰/۴	۴۲	۱۹/۹	۶۴	۳۰/۳	۶۸	۳۲/۲
سایر اعضای خانواده	۶۶	۳۱/۳	۳۲	۱۵/۲	۴۸	۲۲/۷	۳۳	۱۵/۶	۳۲	۱۵/۲
پرسنل بهداشتی درمانی	۸۱	۳۸/۴	۶۷	۳۱/۸	۲۶	۱۲/۳	۲۲	۱۰/۴	۱۵	۷/۱
مشاهده‌ی افراد مبتلا به فشار خون بالا	۳۴	۱۶/۱	۵۸	۲۷/۵	۸۱	۳۸/۴	۲۶	۱۲/۳	۱۲	۵/۷
حال عمومی بد	۵۲	۲۴/۶	۸۰	۳۷/۹	۵۴	۲۵/۶	۱۶	۷/۶	۹	۴/۳

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده در دو گروه تابع رژیم غذایی توصیه شده و غیر تابع رژیم غذایی توصیه شده، اختلاف معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). در این مطالعه، میانگین نمره‌ی آگاهی تغذیه‌ای در افرادی که از رژیم غذایی توصیه شده پیروی می‌کردند؛ ۱۱/۲۷±۱/۸۱ و در افرادی که از رژیم غذایی پیروی نمی‌کردند؛ ۱۰/۹۷±۲/۲۷ بود همچنین میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدنی بیمارانی که از رژیم غذایی توصیه شده پیروی می‌کردند به طور معنی داری کمتر از بیمارانی بود که از رژیم غذایی پیروی نمی‌کردند (P=۰/۰۲). جزئیات بیشتر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در گروه مورد مطالعه برحسب پیروی از رژیم غذایی

پیروی از رژیم غذایی	دارد		ندارد		نتیجه آزمون T
متغیرها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مستقل
آگاهی تغذیه‌ای	۱۱/۲۷	۱/۸۱	۱۰/۹۷	۲/۲۷	۰/۲۹۵
حساسیت درک شده	۱۸/۱۶	۲/۷۲	۱۷/۷۳	۲/۷۷	۰/۲۵۹
شدت درک شده	۱۷/۸۳	۲/۷۲	۱۶/۶۵	۳/۰۲	۰/۰۰۳
منافع درک شده	۱۷/۶۱	۱/۹	۱۷/۳۳	۱/۸۳	۰/۲۶۹
موانع درک شده	۱۵/۸۶	۱/۴۴	۱۵/۷۹	۱/۷۶	۰/۷۴۱
خودکارآمدی درک شده	۲۵/۷۵	۴/۴۴	۲۳/۲۷	۵/۵۲	<۰/۰۰۱
فشارخون سیستولیک (میلیمترجیوه)	۱۴/۳۲	۲/۰۲	۱۴/۶۳	۲/۳	۰/۳۰۴
فشارخون دیاستولیک (میلیمترجیوه)	۸/۲۱	۱/۱	۸/۵۴	۱/۰۵	۰/۱۵۴
نمایه توده بدنی	۲۹/۵۴	۵/۵۱	۳۱/۲۲	۵/۱۸	۰/۰۲۳

آزمون ANOVA نشان داد که بین میانگین نمره‌ی منافع درک شده، نمایه‌ی توده‌ی بدنی و دورکمر برحسب وضعیت فشارخون، اختلاف معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵) (جدول۴). آزمون تعقیبی دانکن نشان داد که گروه دارای فشارخون کمتر از ۱۴، به‌طور معنی‌داری منافع درک شده‌ی بالاتر و گروه دارای فشارخون بیشتر

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

از ۱۶، منافع درک شده‌ی پایین‌تری نسبت به دوگروه دیگر داشتند. در این مطالعه، نمایه‌ی توده‌ی بدنی گروه دارای فشارخون کمتر از ۱۴، نسبت به دو گروه دیگر به‌طور معنی‌داری پایین‌تر و نمایه‌ی توده‌ی بدنی گروه دارای فشارخون بیشتر از ۱۶، نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود همچنین افراد دارای فشارخون بیشتر از ۱۶، اندازه‌ی دور کمر بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند که از لحاظ آماری معنی‌دار بود و افراد دارای فشارخون کمتر از ۱۴، اندازه‌ی دور کمر کمتری نسبت به سایرین داشتند. داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار گزارش شده است.

جدول٤: مقایسه‌ی میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، نمایه توده بدنی و دور کمر برحسب وضعیت فشارخون

وضعیت فشارخون / متغیرها	کمتر از ۱۴	۱۴ – ۱۶	بالای ۱۶	نتیجه آزمون ANOVA
آگاهی تغذیه ای	۱۱/۳۵±۱/۹۸	۱۰/۹۸±۲/۱۱	۱۰/۵±۲/۲۲	۰/۱۲۵
حساسیت درک شده	۱۸/۰۷±۳/۰۲	۱۷/۹۳ ± ۲/۳۷	۱۷/۳۶±۲/۲۳	۰/۴۵۴
شدت درک شده	۱۷/۳۶±۳/۰۱	۱۶/۷۷±۳/۰۳	۱۷/۴ ±۲/۳۵	۰/۴۲۲
منافع درک شده	۱۷/۷۲±۲/۰۵	۱۷/۲۹±۱/۳۱	۱۶/۷۳±۱/۷۹	۰/۰۲۴
موانع درک شده	۱۵/۸۸±۱/۶۵	۱۵/۸۱±۱/۵۸۳	۱۵/۶۳±۱/۵۸۶	۰/۷۴۳
خودکارآمدی درک شده	۲۴/۶۵±۵/۴۵	۲۴/۰۱±۵/۲۷	۲۴/۳۶±۳/۷۸	۰/۷۳۹
نمایه توده بدنی	۲۹/۶۸±۵/۴۶	۳۱/۱۵±۵/۱۳	۳۲/۱۱±۵/۱۷	۰/۰۴۲
دور کمر	۱۰۱/۲۵±۱۲/۶۲	۱۰۵/۲۴±۱۰/۴۲	۱۰۵/۶۳ ±۱۱/۴۲	۰/۰۴۷
نسبت دور کمر به دور باسن	۰/۹۰۴±۰/۰۶۶	۰/۹۲۱۹±۰/۰۶۲	۰/۹۲۱۳ ±۰/۰۵۴	۰/۱۵۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، تعیین نیازهای آموزشی زنان یائسه‌ی مبتلا به فشارخون بالا، درخصوص عملکرد تغذیه‌ای با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی بود. طی سالیان متمادی، آگاهی به‌عنوان مهم‌ترین فاکتور مدنظر محققین در مداخلات آموزشی، مورد توجه قرار گرفته است و امروزه همچنان یکی از اجزاء اصلی در شکل‌گیری هر رفتار می‌باشد؛ هر چند مشخص شده که شاید آگاهی، بدون عوامل دیگر توان ایجاد اصلاح و تغییر رفتار را نداشته باشد (۱۵).آگاهی از اصول تغذیه‌ی سالم و به‌کارگیری آن از سوی زنان که اغلب نقش مدیریت تغذیه‌ای خانواده‌ها را برعهده دارند؛ بر سلامت سایر افراد خانواده تأثیر مستقیمی می‌گذارد (۱۶).

براساس نتایج این پژوهش، ۳۴/۶٪ (۷۳ نفر) از زنان یائسه‌ی تحت مطالعه، دارای آگاهی تغذیه‌ای متوسط و ۶۵/۴٪ (۱۳۸ نفر) دارای آگاهی خوب بودند که حاکی از وجود شرایط مطلوبی می‌باشد همچنین با توجه به مطالعات گذشته، میزان آگاهی بیماران درخصوص تغذیه و ماهیت بیماری در شرایط مناسبی قرار دارد (۱۷). آگاهی تغذیه‌ای افراد با پیروی از رژیم غذایی توصیه شده در ارتباط نبود؛ اگرچه آموزش‌های عمومی به منظور افزایش آگاهی تغذیه‌ای و پیروی از آنها صورت می‌گیرد امّا شکافی عمیق میان توصیه‌های مربوط به دریافت‌های غذایی و رفتارهای غذایی وجود دارد (۱۸) همچنین در برخی مطالعات، عدم پایبندی در به‌کارگیری توصیه‌های رژیم غذایی بیماران، با وجود آگاهی کافی بیان شده است (۱۹). به نظر می‌رسد که در بعضی مواقع هنگام انتخاب غذاها، برخی افراد با

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

وجود آگاهی نسبت به رژیم غذایی صحیح و سالم، در رقابت بین غذاهای سالم و ناسالم، ترجیحات آنی را لحاظ می‌کنند (۲۰).

یافته‌های این پژوهش نشان می دهد که مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات سلامتی در افراد مورد مطالعه، پرسنل بهداشتی درمانی بوده‌اند؛ درحالی‌که در مطالعه جوادی و همکاران (۲۱)، مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی افراد، رادیو و تلویزیون بود که با نتایج مطالعه Carter و همکاران (۲۲) هم‌سو می‌باشد. براساس مطالعه‌ای مشابه که توسط خزایی پول و همکاران انجام شد؛ مهم‌ترین راهنماهای عمل، خانواده و تلویزیون بودند (۲۳). در مطالعات مشابه اشاره شده، بیشترین منبع کسب آگاهی تغذیه‌ای، رسانه‌های جمعی بودند؛ در حالی‌که در پژوهش حاضر، کمترین اطلاعات از طریق تلویزیون کسب شده است. شاید علت این موضوع، سن بالای نمونه‌ها و نقش پررنگ پرسنل بهداشتی درمانی در ارائه‌ی دانش بهداشتی به بیماران باشد. با توجه به اینکه در مطالعات مختلف، منابع کسب اطلاعات متفاوت است؛ برای هر آموزشی می‌توان از منابع بومی و آشنا با فرهنگ همان گروه استفاده کرد.

آنچه در میان نتایج قابل تأمل است؛ نقش کمرنگ خانواده و به‌ویژه همسر بیمار در رعایت رژیم غذایی می‌باشد. درحالی‌که همراهی و حمایت خانواده از عوامل تأثیرگذار در پیروی افراد از رژیم های غذایی می‌باشد؛ متأسفانه تنها در ۱۰٪ نمونه‌های مورد مطالعه، همسران نقش راهنمای عمل را بر عهده داشته‌اند. در بعضی مطالعات به تأثیر مثبت یا منفی خانواده بر توانایی بیماران در کنترل بیماری اشاره شده است (۲۴). حمایت اجتماعی و خانوادگی در ابعاد مادی و معنوی برای توانمندسازی افراد مبتلا به فشارخون ضروری می‌باشد. وجود فردی (به خصوص همسر بیمار) که بیمار مبتلا به فشارخون را تشویق و با او همکاری کند؛ نقش مهمی در رعایت رژیم غذایی توصیه شده دارد.

در مقایسه‌ی میان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رژیم غذایی، رابطه‌ی میان شدت درک شده با رژیم غذایی معنی‌دار بود. این نتیجه نشان می‌دهد که بیماران، عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را درک نموده‌اند ولی برای رسیدن به خود مراقبتی، موانع متعددی وجود دارد؛ همچنین نتایج مطالعه‌ی حاضر، مؤید آن است که میان خودکارآمدی درک شده و پیروی از رژیم غذایی توصیه شده ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طوری که میانگین نمره‌ی خودکارآمدی درک شده در افرادی که از رژیم غذایی سالم پیروی می‌کردند؛ بالاتر بود. Wen و همکاران نیز مشاهده کردند که با افزایش خودکارآمدی، پیروی از رژیم غذایی سالم بیشتر می‌باشد (۲۵).

میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدنی بیمارانی که از رژیم غذایی توصیه شده پیروی می‌کردند؛ به‌طور معنی‌داری کمتر از بیمارانی بود که از رژیم غذایی پیروی نمی‌کردند امّا میان پیروی از رژیم غذایی توصیه شده با فشارخون، رابطه‌ای مشاهده نشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه‌ی احمدی و همکاران در شهرستان کوهرنگ استان چهارمحال و بختیاری هم‌سو نبود (۲۶).

براساس یافته‌های این مطالعه، وضعیت منافع درک شده نسبتاً مطلوب بود و با فشارخون رابطه‌ی معنی‌داری داشت. در سایر سازه‌ها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج، گویای این واقعیت است که بیماران، مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از بیماری فشارخون بالا را باور نموده اند.

با توجه به نتایج، به نظر می‌رسد که بیماران با وجود شیوع بالای فشارخون، خود را در معرض خطر

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

نمی‌دانند. در توضیح این مطلب می‌توان گفت که حساسیت درک شده به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نظر گرفته می‌شود و پیشگیری واقعی و موفقیت‌آمیز بستگی به اطلاعات واقعی درباره‌ی حساسیت شخصی و خطرات مرتبط با آن دارد؛ علاوه بر آن درک فرد از جدی و شدید بودن بیماری و پیامدها و عوارض آن یکی از اجزای اصلی الگوی اعتقاد بهداشتی است که در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری توسط افراد مؤثر می‌باشد (۲۷).

در این مطالعه شاخص توده‌ی بدنی مساوی ۳۰ یا بالاتر و شاخص دورکمر مساوی یا بالاتر از ۱۰۲ سانتی متر به عنوان عامل خطر پرفشاری خون محسوب گردید که این یافته با نتیجه مطالعه چمن در شاهرود (۲۸) و رفیعی در اراک (۲۹) همخوانی دارد و تأییدی بر یافته‌های آنان می‌باشد.

توزیع چاقی، حوادث کرونری را پیش‌بینی می‌کند. این حوادث در زنان دچار چاقی سیبی شکل بیشتر از زنان دچار چاقی گلابی شکل می‌باشد (۳۰،۳۱). بنابراین خطر افزایش اندازه‌ی دورکمر، بیشتر از شاخص توده‌ی بدنی بالا است (۳۲). به این ترتیب، مداخله برای کاهش وزن و رسیدن به وزن ایده آل در زنان جامعه ما یک ضرورت می‌باشد (۲۱).

براساس یافته‌های این پژوهش، فشارخون بالا، رژیم غذایی، نمایه‌ی توده‌ی بدنی و اندازه‌ی دورکمر با سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط مستقیمی داشت لذا اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی برای این گروه توصیه می‌شود همچنین به نظر می‌رسد که با توجه به تأثیر مثبت نقش پرسنل بهداشتی درمانی، برگزاری کلاس‌های آموزشی از طریق مراکز بهداشتی و استفاده از متخصصین آموزش بهداشت و علوم تغذیه می‌تواند؛ زمینه‌های لازم برای افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد زنان یائسه را فراهم آورد و با توجه به ضعف حمایت خانوادگی و همسر بیمار، همراهی اعضای خانواده با فرد مبتلا به فشارخون بالا در جلسات آموزشی، آشنایی و آگاهی را ضروری می‌سازد. در این مطالعه کمترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی افراد، رادیو و تلویزیون بود. این موضوع نشان‌دهنده‌ی اهمیت حضور بیشتر و ملموس‌تر صاحب نظران مسائل سلامت در برنامه‌های رادیو و تلویزیون می‌باشد.

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر، موضوع عدم همکاری برخی از زنان یائسه‌ی مبتلا به پرفشاری خون در طرح بود که دراین صورت فرد دیگری به مطالعه دعوت می‌شد. همان طورکه قبلاً اشاره شد؛ گروه هدف، زنان یائسه (۵۰ تا ۶۵ سال) بودند که به‌دلیل کهولت سن، تکمیل پرسشنامه برای آنان بسیار دشوار بود. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، ماهیت مقطعی آن است که تعیین رابطه‌ی علّی را دشوار می‌سازد. بنابراین بهتر است برای بررسی دقیق‌تر عوامل مؤثر بر عملکرد تغذیه‌ای زنان یائسه و اثبات رابطه‌ی علت و معلولی، از مطالعات طولی و جامع‌تر در این زمینه استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله از کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده در مطالعه و پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی که درانجام این پژوهش ما را یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی می نمایند. از آنجا که مقاله‌ی حاضر، بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قم به شماره ۹۴۵۵۲ می باشد؛ از زحمات معاونت محترم آموزش و تحقیقات و پرسنل محترم آن معاونت قدردانی می‌گردد.

References:

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

1. Song CH, Dai LP, Lu QJ, Xu CZ, Wang KJ. Case-control analysis of the risk factor of hypertension among rural population of Henan province. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation. 2005; 19: 26-7.
2. Lee M, Entzmingr L, Lohsoonthorn V, Williams MA. Risk factors of hypertension and correlates of blood pressure and mean arterial pressure among patients receiving health exams at the Preventive Medicine Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai. 2006; 89(9): 1213-21.
3. Bahraminejad N, Hanifi N, MoosaviNasab N. Comparing the effect of two family- and individual-based interventions on blood pressure and lifestyle. J Qazvin Univ Med Sci. 2008; 12(1): 62-68.
4. Noohi F, Maleki M, Orei S. Hypertension. In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M, editors. Epidemiology and control of common disorders in Iran. 2nd ed. Tehran: Eshtiagh press; 2001. P 2330. [In Persian].
5. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: Principal results. Br Med J. 1985; 291(6488): 97-104.
6. Pestei Kh, Alame M. Clinical guide and executable program the health team for offering services menopausal women 60-45 years. 1st ed. Tehran: Pone Publishers; 2007. [In Persian]
7. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wang SH, Wu ZL. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. Menopause. 2008; 15(1): 144-9.
8. Golyan Tehrani Sh, Ghobadzadeh M, Arasto M. Promoting health status of menopausal women by educating self care strategies. Hayat. 2007; 13(3): 67-75.
9. Allahverdipour H. Passing from traditional health education to achieving theory – based health education programs. Iranian Health Education Association. 2003; 1(3): 75-9. [In Persian]
10. Blalock SJ, Devellis RF. Health salience: Reclaiming a concept from the lost and found. Health Educ Res. 1998; 13(3): 399-406.
11. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. The effect of educational program based on Health Belief Model (HBM) on preventive behavior of self-medication in woman with pregnancy in Arak, Iran. Pajoohande. 2010; 14(6): 324-331.
12. Shojaeizade D. Modelhayemotale rafter daramozeshbehdasht. 1st ed. Tehran: Entesharate edare kole ertebatat va amozesh behdasht; 2000. [In Persian]
13. Heydarnia AR. Mabahesidarfarayandamazeshbehdasht. 1st ed. Tehran: Zamani Naser; 2003. [In Persian]
14. Azizi F, Khalili D, Aghajani H, Esteghamati A, Hosseinpanah F, Delavari A, et al. Appropriate waist circumference cut-off points among Iranian adults: The first report of the Iranian National Committee of Obesity. Arch Iran Med. 2010; 13(3): 243.
15. Mohebi S, Azadbakhat L, Feyzi A, Hozoori M, Kamran A, Sharifirad G. Educational needs of women with metabolic syndrome on healthy nutrition in Isfahan: Application of health promotion model. J Health. 2013; 4(2): 165-179.
16.Ostad Rahimi A, Safaiyan A, Modarresi J, Pourabdollahi P, Mahdavi R. Effect of nutrition education intervention on nutritional Knowledge, Attitude and Practice (KAP) among female employees of Tabriz University of Medical Sciences. Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv. 2009; 31(4): 12-7.
17. Zighaimat F, Ebadi A, Karimi-Zarchi AA, Moradi N, Hajiamini Z, Mehdizadeh S. The effect of education based on health belief model on dietary behavior of coronary artery bypass graft patients. Iran J Nurs. 2010; 23(65): 50-60.
18. Buttriss JL. Food and nutrition: Attitudes, beliefs, and knowledge in United Kingdom. Am J Clin Nutr. 1997; 65(6): 1985-95.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

19. Esmaillzadeh A, Samareh S, Kalantari N, Rahmani KH, Azadbakht L, KhoshFetrat MR. Food consumption pattern in pregnant women attending prenatal care centers in Maku. J Qazvin Univ Med Sci. 2006; 9(4): 69-75.
20. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Effective factors on nutritional behavior of female workers based on "integrated model of planned behavior and self-efficacy": A qualitative approach. Hakim. 2010; 13(3): 199-209.
21. Javadi HR, Azimian J, Rajabi M, Kalantari Z, Javadi M, Esmaiilzadeh H, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors among women in Minoodar district of Qazvin interventional propositions. J Qazvin Univ Med Sci. 2009; 13(2): 35-43.
22. Carter BJ, Birnbaum AS, Hark L, Vickery B, Potter C, Osborne MP. Using media messaging to promote healthful eating and physical activity among urban youth. J Nutr Educ Behav. 2005; 37(2): 98-9.
23. Khazaie pool M, Ebadi Azar F, Solhi M, Asadi Lari M, Abdi N. A study in the efect of education through health belief model on the perceptions of girl students in primary school about breakfast and snack in Noshahr-2007. Toloo-E-Behdasht. 2008; 7(1-2): 51-63.
24. Oomen JS, Owen LJ, Suggs LS. Culture counts: Why current treatment models fail Hispanic women with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 1999; 25(2): 220-5.
25. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2004; 30(6): 980-93.
26. Ahmadi A, HasanZadeh J, Rajaefard A.To determine the relative factors on hypertention In Kohrang, CHaharmahal & Bakhtiari province, 2007. Iran J Epidemiol. 2008; 4(2): 19-25.
27. Tavassoli E, Hassanzadeh A, Ghiasvand R, Tol A, Shojaezadeh D. Effect of health education based on the Health Belief Model on improving nutritional behavior aiming at preventing cardiovascular disease among housewives in Isfahan. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2010; 8(3): 12-23.
28. Chaman R, Yunesian M, Haji Mohammadi A, Gholami Taramsari M. Investigating hypertension prevalence and some of its influential factors in an ethnically variant rural sample. Knowledge Health. 2008; 3(3-4): 39-42.
29. Rafiei M, Seyfi A. Distribution of blood pressure values in menopousal women in Arak population in 2007. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2009; 12(2): 47-56.
30. Samaras K, Kelly PJ, Chiano MN, Spector TD, Campbell LV. Genetic and environmental influences on total-body and central abdominal fat: The effect of physical activity in female twins. Ann Intern Med. 1999; 130(11): 873-82.
31. Li TY, Rana JS, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. Circulation. 2006; 113(4): 499-506.
32. Yanovski SZ, Yanovski JA. Obesity. N Engl J Med. 2002; 346(8): 591-602.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

Original paper

The Educational Needs of Menopausal Women with Hypertension on Healthy Nutritional Behaviors Using the Health Belief Model

Zahra Dashti[1]- Tahereh Ramezani[1]- Mohammad Hozoori[2]- Siamak Mohebi[3]*

1- MSc student in Health Education & Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Science, Qom, Iran

2-Assistant Professor of Social Medicine, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

3-Assistant Professor of Health Education and Promotion, school of health, Qom University of Medical Science, Qom, Iran.

* ***Corresponding author.*** Tel: +989183304297 E-mail:mohebisiamak@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Hypertension is one of the challenges in the health sector and Its prevalence in women, especially after menopause, the high has been reported. because in menopausal women aging and estrogen hormone decrease blend together and caused the disease increas. This study aims at determining the educational needs of menopausal women with hypertension on healthy nutritional behaviors based on Health Belief Model in Qom city in 2014.

Material and Methods: This is a descriptive-analytic and cross-sectional study conducted on 211 menopausal women with hypertension who lived in Qom city in 2014. The data was collected through demographic information questionnaire and a researcher-made one validated and relied based on Health Belief Model and completed by the subjects through an organized interview. Eventually, the data was analyzed by SPSS 16 software with 0.05 significance level.

Results: The mean of the subjects' age was 60.6 years. The mean and standard deviation of nutritional awareness in menopausal women was 11.11±2/06 scores. Furthermore, the mean and standard deviation of Health Belief Model factors' including perceived susceptibility 17/93±2/75, perceived severity 17/2±2/93, perceived benefits 17/46±1/87, perceived barriers 15/82±1/62 and self- efficacy 24/44±5/18 were determined. There were significant differences between the mean of perceived severity and perceived self- efficacy in two groups recommended diet subordinate and recommended diet non-subordinate (P<0/05).

Conclusion: Eventually, the current study showed that menopausal women with hypertension had an almost desirable nutritional knowledge, a moderate perceived susceptibility status, a moderate to low perceived severity status, a moderate perceived benefits status, and an undesirable perceived barriers status. Thus, educational interventions based on theories and models especially Health Belief Model are recommended for this group.

Key words: Hypertension, Menopausal women, Health belief model, Nutritional Behavior

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]