

Survey of Factors Affecting Healthy Nutritional Behaviors of Rasht Health Volunteers based on PRECEDE PROCEED Model

Mehrabian F¹, Kasmaie P², Atrkar-Roushan Z³, Mahdvi-Roshan M⁴, Defaei M *⁵

1. Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Health Education and promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Medical, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Nutrition Science, School of Medical, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

5. MSc Student of Health Education and promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989111493083, Fax: +981333849413, E-mail: m_defaie_b@yahoo.com

Received: Dec 18, 2015 Accepted: Feb 23, 2016

ABSTRACT

Background & aim: Health and behavior are related to each other and many diseases are originated from individuals' unhealthy behavior and habits. Therefore prediction or determination of the behavior is useful to explore effective measures to promote health and reduce risk of the diseases. This study was aimed to determine the effective factors on healthy nutritional behavior of health volunteers based on precede proceed model.

Methods: This research was a descriptive, analytical and cross-sectional study. Research population was all the 153 active health volunteers in Rasht urban health centers and health posts in 2015. Data collection tool was a self-report, reliable and valid questionnaire. Data were analyzed with descriptive and analytical statistics using SPSS18.

Results: The mean age of the health volunteers was 43.03 ± 9.11 . All Precede Proceed model structures including: knowledge ($\beta = 0.296, p < 0.0001$), attitude ($\beta = 0.396, p < 0.0001$), reinforcing factors ($\beta = 0.155, p < 0.02$) and enabling factors ($\beta = 0.144, p < 0.03$) were predictive for nutritional behavior. Linear regression test showed that Precede Proceed Model structures altogether accounts for 40 percent of healthy dietary behavior changes ($R^2 = 0.400, p < 0.0001$). There were significant positive correlations between precede model constructs and nutritional behavior ($p < 0.05$).

Conclusion: Attitude, knowledge, reinforcing, and enabling factors were respectively the most effective factors on nutritional behavior. Attitude and enabling factors status were desirable and other constructs were in moderate level. Considering positive correlations between Precede model constructs and nutritional behavior of health volunteers; appropriate educational intervention based on Precede Proceed Model is recommended to promote nutritional behaviors.

Keywords: Precede Proceed Model; Health Volunteers; Nutritional Behavior.

بررسی عوامل موثر بر رفتارهای تغذیه‌ای سالم رابطان بهداشتی شهر رشت بر اساس مدل پرسید- پروسید

فردین مهربان^۱، پریسا کسمایی^۲، زهرا عطرکار روشن^۳، مرجان مهدوی روشن^۴، مریم دفاعی^{۵*}

۱. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

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

۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. استادیار گروه علوم تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۱۴۹۳۰۸۳. فکس: ۰۱۳۳۳۸۴۹۴۱۳. ایمیل: m_defaie_b@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: سلامتی و رفتار با یکدیگر مرتبط هستند و بسیاری از بیماری‌ها در رفتارها و عادات نادرست افراد ریشه دارند. لذا پیشگویی یا تعیین رفتار برای جستجوی اقدامات موثر در جهت کاهش ابتلا به بیماری‌ها و ارتقای سلامتی مفید است. این پژوهش با هدف تعیین عوامل موثر بر رفتار تغذیه‌ای رابطان بهداشتی، بر اساس مدل پرسید - پروسید انجام شد.

روش کار: پژوهش از دسته مطالعات توصیفی، تحلیلی و مقطعی بود. جامعه و محیط پژوهش ۱۵۳ نفر از رابطان بهداشتی فعال در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه خودابفای روا و پایا و بر اساس مدل پرسید- پروسید بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS-18 و شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی رابطان ۹/۱۱ ± ۴۳/۰۳ سال بود. همه سازه‌های مدل پرسید پروسید شامل: آگاهی ($p < 0/001$)، نگرش ($p < 0/001$) و نگرش ($p < 0/001$)، عوامل تقویت کننده ($p < 0/02$) و قادر کننده ($p < 0/03$)، پیشگویی کننده رفتار تغذیه‌ای بودند. بر اساس آزمون رگرسیون خطی، سازه‌های الگوی پرسید- پروسید در مجموع توانستند توضیح دهنده ۴۰ درصد تغییرات رفتار تغذیه‌ای سالم باشند ($R^2 = 0/400$ ، $p < 0/001$). بین تمامی سازه‌های مدل پرسید با رفتار تغذیه‌ای، همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نگرش، آگاهی و عوامل تقویت کننده و قادر کننده به ترتیب، مهمترین عوامل موثر بر رفتار تغذیه‌ای بودند. وضعیت نگرش و عوامل تقویت کننده، مطلوب و سایر سازه‌ها در سطح متوسط بودند. با توجه به همبستگی مستقیم بین سازه‌های مدل پرسید و رفتار تغذیه‌ای رابطان بهداشتی، پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی مقتضی بر اساس مدل پرسید- پروسید به منظور ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: مدل پرسید- پروسید، رابطان بهداشتی، رفتار تغذیه‌ای

دریافت: ۹۴/۹/۲۷ پذیرش: ۹۴/۱۲/۴

مقدمه

می‌شود. از آنجا که جمعیت جهان رو به افزایش است، تامین غذای سالم، کافی و مصرف صحیح آن به عنوان تغذیه سالم، یکی از معیارهای مهم در شیوه زندگی سالم بوده و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

ارتقای سطح سلامت افراد و بالا بودن شاخص‌های بهداشتی، بیانگر پیشرفت جوامع است. دستیابی به چنین هدفی با رعایت شیوه زندگی سالم عملی

است (۱). تردیدی وجود ندارد که تغذیه هر فرد ارتباط تنگاتنگی با وضعیت سلامت جسمی و روحی او دارد (۲). سلامتی و رفتار با یکدیگر مرتبط هستند، زیرا بسیاری از بیماری‌ها در رفتارها و عادات نادرست افراد ریشه دارند. رفتار فرد می‌تواند احتمال ابتلا به سرطان، وقوع حملات قلبی و مغزی و صدمات را کاهش یا افزایش دهد. پیشگویی یا تعیین رفتار برای جستجوی اقدامات موثر در جهت کاهش ابتلا به بیماری‌ها و ارتقای سلامتی مفید است. زیرا اکثر بیماری‌های مزمن از رفتارهای ناسالم بهداشتی نشأت می‌گیرند. تغذیه غلط به عنوان یکی از ارکان شیوه زندگی ناسالم و از مهمترین علل ایجاد بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع دوم، بیماری‌های قلب و عروق و بسیاری از سرطان‌ها است که موجب میلیاردها دلار هزینه در بخش پزشکی و کاهش تولید سالانه می‌شود (۳). نتایج یک ارزیابی در ایالات متحده نشان داد که از هر ۱۰ عاملی که منجر به مرگ می‌شوند، ۴ مورد از آنها با تغذیه ارتباط دارد (۴). طبق گزارش انجمن قلب آمریکا تغذیه نامناسب از جمله عوامل قابل اصلاح است که فرد را در معرض خطر بیماری قلبی عروقی قرار می‌دهد (۵). آگاهی صحیح، باور قوی و رفتار مناسب تغذیه‌ای عوامل مهمی برای خوب زیستن و برداشت کامل از شرایط موجود در زندگی است و به عبارتی خوب زیستن در گرو تغذیه صحیح است (۶). هر سال بیش از یک سوم جمعیت در کشورهای غذایی هستند. میلیون‌ها نفر از مردم در اثر مصرف غذای نا امن بیمار می‌شوند و بسیاری می‌میرند (۷). فساد و آلودگی‌های مواد غذایی و مصرف آن سبب بروز ۲۵۰ نوع بیماری مختلف می‌شود که می‌تواند ناشی از سهل انگاری‌ها و عدم رعایت قوانین و مقررات بهداشتی و از همه مهم تر کمبود آگاهی‌های تغذیه‌ای و بهداشتی و عملکرد نادرست باشد (۱). مطالعات انجام شده نشانگر آن است که

بخش قابل توجهی از بیماری‌های قابل انتقال از طریق غذا، مرتبط به خانه می‌باشد (۸). که عمدتاً به دلیل آگاهی کم زنان از روش‌های پخت مواد غذایی (۹) و شیوه‌های نادرست آماده سازی و ذخیره سازی مواد غذایی در منازل (۱۰) می‌باشد. بنابراین تغییر در باور، نگرش و رفتار کسانی که برای دوستان و خانواده خود غذا آماده می‌کنند یک راه مهم برای کاهش این تلفات است (۱۱). حدود نیمی از جمعیت جهان را زنان تشکیل می‌دهند و سلامت آنان تضمین کننده سلامت جامعه بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۳). اهمیت سلامت تغذیه‌ای زنان به عنوان بخشی از اعضای جامعه و به عنوان مادر از یک سو و تأثیر آنان در حفظ سلامت سایر افراد خانواده از سوی دیگر این گروه از جامعه را به عنوان یک گروه هدف مناسب برای اصلاح رفتار تغذیه‌ای مطرح نموده است (۲). رابطان بهداشت بانوان خانه دار یا شاغلی هستند که در راستای تحقق اهداف بهداشتی به صورت داوطلبانه به یاری پرسنل بهداشتی شتافته و با افزایش آگاهی‌های مردم، در راه تامین سلامت آنان کوشش می‌کنند. آنان اعضاء مورد اعتماد جامعه می‌باشند (۱۲). این افراد یکی از مهمترین حلقه‌های شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای ارایه آموزش به جامعه شهری محسوب شده و در واقع اولین نقطه تماس بین جامعه شهری و شبکه را تشکیل می‌دهند لذا به آسانی می‌توانند پیام‌های بهداشتی را به مردم برسانند بنابراین می‌توانند گروه هدف مناسبی برای انتشار اطلاعات مربوط به سلامت باشند (۴).

به منظور ارتقای رفتار، بررسی عوامل مرتبط با آن ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعات انجام شده توسط حشمتی (۶)، مظلومی (۱۳)، مشکی (۱۴) و همکاران آنها، مشخص گردید که عوامل متعددی بر رفتار فرد تأثیر گذار است. متخصصان آموزش بهداشت دامنه ای از الگوهای مختلف را برای تشریح عوامل موثر بر رفتار پیشنهاد کرده اند که الگوی

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی، تحلیلی و مقطعی است و در سال ۱۳۹۴ انجام شد. محیط پژوهش ۲۵ واحد ارائه خدمت شهری شامل: ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی و ۱۳ پایگاه بهداشتی شهر رشت و جامعه پژوهش، تمامی رابطان بهداشتی فعال واحدهای یاد شده (۱۵۳ نفر) بودند.

معیارهای ورود به مطالعه: فعال بودن رابط بهداشتی (در دسترس بودن و شرکت مستمر رابط در کلاسهای مرکز بهداشتی درمانی)، متاهل بودن رابط بهداشتی، تمایل به همکاری و معیارهای خروج: عدم رضایت برای ادامه همکاری، عدم حضور در بیش از دو جلسه آموزشی و انتقال از شهر رشت در طول مدت مطالعه، در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخت خودیفا مشتمل بر ۹۵ سوال بود که در ۳ بخش تنظیم شده بود:

بخش اول: اطلاعات فردی و دموگرافیک است که مشتمل بر ۱۲ پرسش می‌باشد.

بخش دوم: پرسش‌های مبتنی بر سازه‌های مدل پرسید می‌باشد. و شامل سازه عوامل مستعد کننده: (آگاهی ۲۵ پرسش) و نگرش ۲۰ پرسش، سازه عوامل تقویت کننده (۹ پرسش) و عوامل قادر کننده (۷ پرسش) می‌باشد.

بخش سوم: رفتار تغذیه‌ای که مشتمل بر ۲۲ پرسش می‌باشد. منظور از رفتار تغذیه‌ای در این مطالعه ارزیابی رفتار تغذیه‌ای در بعد بهداشت مواد غذایی با تاکید بر اصول صحیح آماده سازی، روش‌های پخت و نگهداری مواد غذایی می‌باشد.

جهت تعیین روایی (CVI- CVR) پرسشنامه مبتنی بر مدل پرسید پرسید، پرسشنامه در اختیار ۹ نفر از اساتید آموزش بهداشت و تغذیه قرار گرفت؛ حداقل CVR قابل قبول طبق جدول لاوشه ۰,۷۸ در نظر گرفته شد و پرسش‌ها مورد بازبینی مجدد قرار گرفت و CVI بدست آمده در این پژوهش برابر

پرسید پرسید یکی از آنها می‌باشد. الگوی پرسید پرسید یکی از الگوهای مهم آموزش سلامت می‌باشد و در تمام سطوح پیشگیری کاربرد دارد. این الگو بینش خاصی را جهت ارزیابی ایجاد نموده (۱۴) و عوامل موثر در تغییر رفتار را تحلیل می‌نماید (۱۵). همچنین یکی از محبوب‌ترین و پرکاربردترین مدل در پژوهش‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است (۱۶). این مدل که توسط گرین و همکاران تدوین شده است مانند یک نقشه جاده بوده و به عنوان یک راه اختصاصی جهت رسیدن به مقصد می‌باشد (۱۷). قدرت پیش بینی و اعتبار این مدل به عنوان یک ابزار طراحی و چارچوب در سازمان دهی و طراحی برنامه در علوم مختلف همچون علوم رفتاری، اجتماعی، اپیدمیولوژیک و مدیریت تأیید شده است (۱۸). مدل پرسید پرسید رفتار فرد را در سه حیطه مهم مورد توجه قرار می‌دهد (۱۹). حیطه اول عوامل مستعد کننده هستند که مقدم بر تغییر رفتار بوده و موجب تامین انگیزش برای رفتار می‌گردند (نظیر: دانش، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها). حیطه دوم عوامل قادر کننده هستند که بروز رفتار در فرد را تسهیل می‌کنند (نظیر: دستیابی به منابع، قوانین و مهارتها) و حیطه سوم عوامل تقویت کننده هستند که از طریق تامین پاداش یا مشوق سبب تداوم رفتار توصیه شده می‌شوند (نظیر: خانواده، همسالان، معلمان و...) (۲۰).

از آنجا که اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای سالم رابطان بهداشتی علاوه بر تاثیر مستقیم بر سلامتی خود و خانواده شان می‌تواند به طور غیرمستقیم بر سلامت افراد جامعه نیز تاثیر گذار باشد و نظر به اینکه اطلاعات درستی از رفتارهای تغذیه‌ای رابطان بهداشتی و عوامل موثر بر آن بر اساس مدل پرسید پرسید وجود ندارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر رفتارهای تغذیه‌ای سالم رابطان بهداشتی شهر رشت بر اساس مدل فوق انجام شد.

آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل شدند.

یافته‌ها

دامنه سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۴-۲۴ سال با میانگین و انحراف معیار $۹,۱۱ \pm ۴۳/۰۳$ سال بود که اکثریت (۵۵ نفر معادل ۳۵/۹٪) در گروه سنی ۴۹-۶۰ سال قرار داشتند. جزئیات مشخصات دموگرافیک رابطان بهداشتی در جدول ۱ نشان داده شده است.

بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین نمره آگاهی $۱۸/۹۷ \pm ۲/۳۸$ ، میانگین نمره نگرش $۸۱/۶۸ \pm ۷/۴$ ، میانگین نمره عوامل تقویت کننده $۲۳/۵۹ \pm ۲/۰۶$ ، میانگین نمره عوامل قادرکننده $۱۶/۴۴ \pm ۲/۷۶$ و میانگین نمره رفتار تغذیه‌ای $۶۹/۵۶ \pm ۵/۶۳$ بود.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تمام سازه‌های مدل پرسید با رفتار تغذیه‌ای و متغیر آگاهی با نگرش ($p < ۰/۰۵$)، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. بدین صورت که با افزایش نمره سازه‌های مدل پرسیدپروسید، نمره رفتار تغذیه‌ای نیز افزایش می‌یافت. اما عوامل قادر کننده و تقویت کننده با عوامل مستعد کننده (آگاهی/نگرش) ارتباط معنی‌داری نداشتند. بین عوامل قادرکننده با عوامل تقویت کننده نیز، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۱$) (جدول ۲).

نتایج رگرسیون خطی نشان داد که همه سازه‌های مدل پرسیدپروسید شامل: عوامل مستعد کننده (آگاهی، نگرش)، تقویت کننده و قادر کننده، پیشگویی کننده‌های رفتار تغذیه‌ای هستند و در بین سازه‌های مدل، نگرش بیشترین قدرت پیشگویی کنندگی را داشت. سازه‌های این الگو در مجموع توانستند توضیح دهند ۴۰ درصد تغییرات رفتار تغذیه‌ای سالم باشند ($R^2 = ۰/۴۰۰$, $p < ۰/۰۰۰۱$) (جدول ۳).

۸۹،۰ بوده است (۲۱). جهت تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از رابطان بهداشتی شهری تکمیل گردید. برای برآورد پایایی سوالات نگرش، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضریب آلفای نگرش، $۰/۷۰$ محاسبه شد. همچنین برای برآورد پایایی آگاهی و سایر سازه‌ها از آزمون-بازآزمون^۱ استفاده گردید و ضریب پایایی که توسط فرمول پیرسون محاسبه گردید، بالای $۰/۸۵$ تعیین شد.

تجزیه و تحلیل سوالات بدین صورت انجام شد. سازه عوامل مستعد کننده شامل: ۲۵ سوال آگاهی که به پاسخ‌های صحیح، کد ۱ و پاسخ‌های غلط و نمی‌دانم، کد صفر داده شد؛ بدین ترتیب دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۵ بود. و همچنین ۲۰ سوال نگرش با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم با امتیاز ۵ تا کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ که دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ بود. سازه‌های عوامل تقویت کننده شامل ۹ سوال و عوامل قادر کننده ۷ سوال که گزینه‌های آنها در یک طیف سه حالتی (بله با امتیاز ۳، تاحدی با امتیاز ۲، خیر با امتیاز ۱) تنظیم شده بود و دامنه نمرات برای عوامل تقویت کننده از ۹ تا ۲۷ و برای عوامل قادر کننده ۷ تا ۲۱ بود. بخش رفتار تغذیه‌ای دارای ۲۲ سوال با مقیاس ۴ حالتی بوده که برای گزینه همیشه امتیاز ۴، اغلب امتیاز ۳، به ندرت امتیاز ۲ و هرگز امتیاز ۱ در نظر گرفته شد؛ بدین ترتیب دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ بود. در برخی از سوالات کدگذاری معکوس انجام شد. چنانچه نمره فردی از میانگین نمره سازه بیشتر بود، به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد (۹). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگان، به آنها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. پرسشنامه در بین رابطان بهداشتی توزیع و توسط خودشان تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18، روش‌های آماری توصیفی و

^۱ Test-Retest

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک رابطان بهداشتی (تعداد ۱۵۳ نفر)

| تعداد (درصد) | | سن (میانگین و انحراف معیار) | |
|--------------|-----------|--|--|
| ۴۳/۰۳ ± ۹/۱۱ | | | |
| ۵۲ (۳۴٪) | زیر دیپلم | میزان تحصیلات رابطان | |
| ۸۵ (۵۵/۵٪) | دیپلم | | |
| ۱۶ (۱۰/۵٪) | دانشگاهی | | |
| ۱۳۹ (۹۰/۸٪) | خانه دار | وضعیت اشتغال رابطان | |
| ۹ (۵/۹٪) | شاغل | | |
| ۵ (۳/۳٪) | بازنشسته | | |
| ۸/۶ ± ۶/۷ | | مدت زمان فعالیت به عنوان رابط (میانگین و انحراف معیار) | |
| ۶۳ (۴۲/۵٪) | | میزان تحصیلات همسر رابطان | |
| ۶۶ (۴۱/۸٪) | | | |
| ۲۴ (۱۵/۷٪) | | | |
| ۱ (۰/۷٪) | بیکار | وضعیت اشتغال همسر رابطان | |
| ۱۱۷ (۷۶/۴٪) | شاغل | | |
| ۳۵ (۲۲/۹٪) | بازنشسته | | |

جدول ۲. ماتریس همبستگی رفتار تغذیه‌ای و سازه‌های مدل پرسید-پرسید

| نام متغیر | آگاهی | نگرش | عوامل قادرکننده | تقویت کننده | رفتار تغذیه‌ای |
|-----------------|---------|---------|-----------------|-------------|----------------|
| آگاهی | ۱ | | | | |
| نگرش | ۰,۲۹۵** | ۱ | | | |
| عوامل قادرکننده | ۰,۱۵۲ | ۰,۱۵۳ | ۱ | | |
| تقویت کننده | ۰,۰۲۴ | ۰,۰۷۷ | ۰,۱۶۷* | ۱ | |
| رفتار تغذیه‌ای | ۰,۴۳۸** | ۰,۵۱۲** | ۰,۲۷۵** | ۰,۲۱۶** | ۱ |

* معنا دار در سطح $p < 0.01$

** معنا دار در سطح $p < 0.05$

جدول ۳. نتایج رگرسیون خطی سازه‌های مدل پرسید-پرسید بر رفتار تغذیه‌ای

| p-value | T | ضریب رگرسیون | آگاهی |
|---------|------|--------------|-----------------|
| ۰,۰۰۰ | ۴,۴۴ | ۰,۲۹۶ | آگاهی |
| ۰,۰۰۰ | ۵,۹۴ | ۰,۳۹۶ | نگرش |
| ۰,۰۲۹ | ۲,۲۰ | ۰,۱۴۴ | عوامل قادرکننده |
| ۰,۰۱۷ | ۲,۴۱ | ۰,۱۵۵ | تقویت کننده |

($f = ۲۵/۴۵$, $R^2 = ۰/۴۰۰$, $p < ۰/۰۰۰۱$)

نشان داد عوامل مختلفی بر رفتار تغذیه‌ای تاثیر گذار است. نگرش مهمترین پیشگویی کننده رفتار تغذیه‌ای بود و به ترتیب آگاهی، عوامل تقویت کننده و قادرکننده پیشگویی کننده‌های بعدی رفتار تغذیه‌ای بودند. در مطالعه حاضر، تنها ۴۵ درصد از رابطان بهداشتی آگاهی مطلوبی از رفتارهای تغذیه‌ای سالم

بحث

بر پایه جستجوهای انجام شده، این مطالعه اولین پژوهش در کشور با هدف بررسی عوامل موثر بر رفتارهای تغذیه‌ای سالم رابطان بهداشتی بر اساس مدل پرسیدپرسید می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر

در این مطالعه، وضعیت نگرش اکثریت رابطان بهداشتی مطلوب بود که با مطالعه عبدالله ثانی و همکاران (۷) بر روی پرسنل آشپزخانه یکی از دانشگاه‌های مالزی و همچنین مطالعه صالحی (۲۲) همخوانی دارد. اما با مطالعه انصاری و همکاران (۲۴) و استاد رحیمی و همکاران (۲) مغایرت دارد. بر اساس یافته‌ها این گونه به نظر می‌رسد که نگرش تنها عامل موثر بر رفتار نیست؛ لذا پیشنهاد می‌گردد مداخلات آموزشی جهت ارتقای رفتار تغذیه‌ای، بر پایه مدل پرسیدپرسید و با در نظر گرفتن مجموعه‌ای از عوامل طراحی و اجرا گردد.

در مطالعه حاضر، عوامل قادرکننده که شامل شرکت در کلاس‌های آموزشی در زمینه آماده سازی، پخت و نگهداری مواد غذایی در منزل و همچنین داشتن امکانات لازم برای انجماد و بخارپز کردن مواد غذایی در منزل بود؛ در سطح متوسط ارزیابی شد. براساس یافته‌ها، عوامل قادر کننده یکی از پیشگویی کننده‌های رفتار بوده و همبستگی مستقیم و معنی‌داری با آن دارد. مطالعات حشمتی، مظلومی، صالحی، مهربان و همکاران آنها نیز نشان داد که عوامل قادرکننده در شکل‌گیری رفتار مطلوب موثرند (۶،۱۳،۲۲،۳۰).

عوامل تقویت کننده در این مطالعه شامل: تاثیر همسر، فرزند و مربی بر رفتار تغذیه‌ای رابطان بهداشتی، مطلوب ارزیابی شد. یافته‌ها نشان داد که این عوامل بر رفتار تاثیر مستقیم و معنی‌داری دارند. در مطالعه کشاورز و همکاران (۳) بر روی زنان کارگر، نظر همسر و فرزندان، به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر رفتار تغذیه‌ای معرفی شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه عروجی (۳۱) و مظلومی (۱۳) و همکاران آنها نیز عوامل تقویت کننده بر رفتار تاثیر مثبت داشت. لذا با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد رفتار پدیده‌ای پیچیده است و برنامه‌هایی که بدون توجه به نقش عوامل قادرکننده و تقویت کننده، صرفاً به افزایش

داشتند. در مطالعه انجام شده توسط حاجی کاظمی و همکاران (۹)، ۱۸/۵ درصد زنان خانوارهای شهر ری از روش‌های صحیح پخت مواد غذایی در منزل اطلاع داشتند و در مطالعه صالحی و همکاران (۲۲)، ۲۳/۷ درصد از زنان متاهل روستاهای شهرستان فریدن آگاهی مطلوبی در زمینه رفتارهای تغذیه‌ای داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما میزان آگاهی گزارش شده در مطالعه حاجی محمدی و همکاران (۲۳) بر روی زنان ساکن شهر یزد، انصاری و همکاران (۲۴) بر روی تهیه کنندگان غذا در رستوران‌ها در فارس، و مطالعه فراحت و همکاران (۲۵)، بر روی زنان عربستان با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. همچنین از نظر رفتارهای تغذیه‌ای، یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده آن است که کمتر از نیمی از رابطان بهداشتی (۴۵/۷٪) از رفتار تغذیه‌ای سالم برخوردارند و بین آگاهی و رفتار تغذیه‌ای، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد که با نتایج مطالعه جلیلی و همکاران (۲۶) بر روی زنان باردار در تبریز، جهانبانی و همکاران (۲۷) بر روی اولیاء و مربیان مدارس ابتدایی در خرم‌آباد و همچنین مطالعه صالحی (۲۲) بر روی زنان متاهل روستاهای شهرستان فریدن همخوانی دارد. اما در مطالعه کشاورز و همکاران (۳) بر روی زنان کارگر شهرک صنعتی عباس آباد پاکدشت، استاد رحیمی و همکاران (۲) بر روی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، پارک (۲۸) و همکاران و همچنین چیونها (۲۹) و همکاران بر روی تهیه کنندگان غذا در رستوران‌ها، با وجود مطلوب بودن آگاهی، عملکرد تغذیه‌ای مطلوب نبود و این بیانگر شکاف موجود بین آگاهی و عملکرد است. لذا با توجه به یافته‌ها، طراحی مداخلات آموزشی به منظور ارتقای سطح دانش رابطان بهداشتی در خصوص بهداشت مواد غذایی و تاکید بر روش‌های آماده سازی، پخت و نگهداری مواد غذایی در منزل، ضروری به نظر می‌رسد.

همبستگی مستقیم بین سازه‌های مدل پرسیدپروسید با رفتار، پیشنهاد می‌شود مداخلات مقتضی، به ویژه مداخلات آموزشی به منظور ارتقای رفتار تغذیه‌ای رابطان بهداشتی با تاکید بر سازه‌های مدل پرسیدپروسید طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان (شماره ثبت: IR.GUMS.REC.1394.173 مورخ ۹۴/۴/۱۶) و با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام شده است. بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی گیلان به خاطر تامین بخشی از هزینه مالی طرح و همچنین از همکاری رابطان بهداشتی شرکت کننده در این مطالعه، مربیان آنها و مسئولین مرکز بهداشت شهرستان رشت تشکر و قدردانی می‌شود.

دانش افراد می‌پردازند؛ در ارتقای رفتارهای سالم با شکست مواجه می‌شوند.

در این مطالعه جهت گزارش رفتار تغذیه‌ای سالم از روش خودگزارش دهی استفاده شد که از محدودیت‌های مطالعه به شمار می‌آید. همچنین نبود مطالعات مشابه بر اساس مدل پرسیدپروسید از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که جهت تعمیم نتایج، انجام مطالعات مشابه در دیگر نقاط کشور پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

به ترتیب نگرش، آگاهی، عوامل تقویت کننده و قادر کننده پیشگویی کننده‌های رفتار تغذیه‌ای بودند. وضعیت نگرش و عوامل تقویت کننده در سطح مطلوب، اما وضعیت آگاهی، عوامل قادرکننده و رفتار در سطح متوسط بود. لذا با توجه به مطلوب نبودن رفتار تغذیه‌ای رابطان بهداشتی و نیز

References

- 1- Musavi GH, Mostafaie GH, Hoseindoost GR, Gilasi HR, Gharlipour Z, Babaei Akbarabadi A, et al. Studying the Knowledge of Middle School Students in Khomeinshahr City about Food Stuffs Hygiene. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 22(3):101-108.
- 2- OstadRahimi A, Safaeian A, Modaresi J, Pour abdollah P, Mahdavi R. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and nutrition of women employed in Tabriz University of Medical Sciences. *J Tabriz Univ Med Sci*. 2010; 31(4):12-17.
- 3- 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 Research J*. 2010; 13(3): 199- 209.
- 4- Safari M, Shojaeizadeh D, Mahmoodi M, HoseyniSadeh R. Comparison of dietary education to lecture and videotape on knowledge and attitudes of health volunteer. *Payesh J*. 2011; 10(1): 63-71.
- 5- Hariri N, Nasser E, Houshiar-Rad A, Zayeri F, Bondarianzadeh D. Association between Alternative Healthy Eating Index and 10-year risk of cardiovascular diseases in male-employees in the public sector in Tehran. *Iranian J Nut Sci & Food Tec*. 2013; 8(2):41-50.
- 6- Heshmati H, Behnampour N, Homaei E, Khajooy S. Predictors of Fruit and Vegetable Consumption among Female High School Students Based on PRECEDE. *J Health Edu and Health Pro*. 2012; 1(3): 5-14.
- 7- Abdullah Sani N, Nee Siow O. Knowledge, attitudes and practices of food handlers on food safety in food service operations at the Universiti Kebangsaan Malaysia. *J Food Control*. 2014; 37:210-217.
- 8- Jahed G, Golestani Far H, Ghodsi R, Mohammadi M. The knowledge and attitude of students in relation with health and food safety at Tehran University of medical sciences. *J Research & Health*. 2012; 2(1):154-161.
- 9- Hajkazemi E, Alyzadeh M, Javadi F, Mohmoodi M. Study the knowledge of women about methods of ciikhng food materials. *Nursing J*. 2001; 14(29):1-9

- 10- Osaili T, Obeidat B, Abujamous D, Bawadi H. Food safety knowledge and practices among college female students in north of Jordan. *Food Control J.* 2011;22: 269-276.
- 11- Parra P, Kim H, Shapiro M, Gravani R, Bradley S. Home food safety knowledge, risk perception, and practices among Mexican-Americans. *Food Control J.* 2014; 37: 115-125.
- 12- Bayati A, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Jafari M. Effect of first aid educational program in Health Volunteers, rescue method during disasters in Arak. *J Arak Univ Med Sci.* 2009; 12(2): 1-7.
- 13- Mazloomi Mahmoodabad S, Masoudy GH, Fallahzadeh H, Jalili Z. Education Based on Precede-Proceed on Quality of Life in Elderly. *Global Journal of Health Science.* 2014; 6(96): 178-184.
- 14- Moshki M, Mohammadzadeh F, Yaghubi R, Pariafsai F. Application of Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model on Women's Psychological Well-being in the Menopausal Period. *Neyshabur Med Univ J.* 2015; 3(2): 39-51.
- 15- Didarloo A, Shojaezadeh D, Mohammadian H. Health Promotion planning based on behavioral change modele. 1st edition. Tehran, Iran: Asare- Sobhan Publishing. 2009: 74-99.
- 16- Safari M, Shojaiezadeh D, Gofrani pour F, Heydarnia A, Hajiagha A. Theories, models and methods of health education and health promotion. 2thed. Entesharatsobhan. 2012; 35-37.
- 17- Glanz K, Rimer BK. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-bass Publisher. 2008: 408.
- 18- Hatami F. The effects of a safety educational intervention on promoting safety behavior at textile workers. *J Hormozgan Univ Med Sci.* 2012; 17(4):333-345.
- 19- Hazavehei M, Oruogi M, Charkazi A, Hassanzadeh A. The effect of health education intervention based on PRECEDE framework on modification of vegetable oils consumption habits in families under the cover of health centers in Mani Shahr of Khomein. *Arak Med Univ J.* 2010; 13(4): 133-142.
- 20- Butler JT. Principles of Health Education and Health Promotion. 3th ed. USA: Brooks Cole. 2000:272.
- 21- Hajizadeh E, Asghari M. Statistical Methods and Analyses in Health and Biosciences: A Research Methodological Approach-Using SPSS Practical guide. 1st edition. Tehran, Iran: SID Publishing Organization. 2011: 398-422.
- 22- Salehi L, Heydari F. Application precede model to improve eating behaviors associated with cardiovascular disease in a rural community. *Iranian Journal of Epidemiology.* 2011; 6(4): 21-27.
- 23- Hajimohammadi B, Ehrampoush MH, Khalatbari Limaki S, Amiri A, Gerayllo S, Hosseini MS. Knowledge, attitude and practice of women living in Yazd, Iran regarding food poisoning. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2014; 12(3): 81-95.
- 24- Ansari M, Soodbakhsh S, Lakzadeh L. Knowledge, attitudes and practices of workers on food hygienic practices in meat processing plants in Fars, Iran. *Food Control J.* 2010; 21: 260-263.
- 25- Farahat M, El-Shafie M, Waly M. Food safety knowledge and practices among Saudi women. *Food Control J.* 2014;47: 427-435.
- 26- Jalili M, Barati M, Bashirian S. Using Social Cognitive Theory to Determine Factors Predicting Nutritional Behaviors in Pregnant Women Visiting Health Centers in Tabriz, Ira. *J Education and Community Health.* 2014; 1(4): 11-21.
- 27- Jahanbani N, Ebrahimzadeh F, Salim K, Mardani M, Mahooti F. Survey Control and monitoring of food products offered to the students and Nutritional health knowledge for parents and teachers of schools Population Research Center of Khorram Abad 1386-1387. *J Lorestan Univ Med Sci.* 2009;12(3): 79-87.
- 28- Park S, Kwak T, Chang H. Evaluation of the food safety training for food handlers in restaurant operations. *Nutrition Research and Practice J.* 2010; 4(1): 58-68.
- 29- Cunha D, Stedefeldt E, Rosso V. The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. *Food Control J.* 2014; 43: 167-174.
- 30- Mehrabian F, Valipour R, Kasmaie P, Atrkar-Roushan Z, Mahdvi-Roushan M. Survey Status and Nutritional Behavior to Prevention of Iron Deficiency Anemia Among High School Girls In Babol City. *J Urmia Nur and Mid F.* 2014; 11(12):1015-1023.
- 31- Oruogi M, Hazavehei M, Charkazi A, Hassanzadeh A. The effect of health education intervention based on PRECEDE framework on modification of vegetable oils consumption habits in families under the cover of health centers in Mani Shahr of Khomein. *Arak Med Univ J.* 2010;13(4): 133-142.