

باورهای مؤثر بر رفتارهای تغذیه ای زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ساوه

محمود کریمی^{۱*}، محمد طاهر^۲، ندا فیاضی^۲، سحر بیاتی^۲، الهه رضایی^۲، فریده رهنما^۲

^۱ دکتری تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

^۲ کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

نویسنده مسئول: محمود کریمی، دکتری تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران. تلفن: ۰۸۶۴۵۲۲۶۹۳۶، ایمیل:

karimymahmood@yahoo.com

DOI: 10.20286/jech-02034

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۰

واژگان کلیدی:

نگرش

بارداری

رفتار تغذیه ای

زنان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

سابقه و هدف: اگر چه رژیم غذایی سالم و متعادل در سراسر زندگی مهم است اما در دوران بارداری برای سلامت مادر و جنین از اهمیت بیشتری برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین باورهای مؤثر بر رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که در آن ۲۶۰ نفر از زنان باردار به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشکده علوم پزشکی ساوه انتخاب و وارد مطالعه شدند. در پژوهش حاضر روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه تنظیم شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل) و چک لیست عملکرد در خصوص تغذیه صحیح در دوران بارداری بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه سازمان یافته جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۱ و با کمک آزمون‌های آماری نظیر تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و همبستگی پیرسون تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $27/4 \pm 5$ سال و میانگین سن بارداری $5/5 \pm 2/4$ ماه بود. بین منافع و موانع درک شده، حساسیت و شدت درک شده، و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار همبستگی معنی‌داری ملاحظه شد ($P < 0/05$). به علاوه بین متغیرهای سطح سواد، وضعیت اشتغال و تعداد بارداری با رفتارهای تغذیه‌ای اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان باردار در حد متوسط بود، برای بهبود سلامت مادر و کودک، یک برنامه آموزشی دقیق جهت بالا بردن حساسیت و شدت درک شده و همچنین افزایش خودکارآمدی و منافع درک شده به همراه از بین بردن موانع درک شده پیشنهاد می‌گردد.

مقدمه

افزایش نیازهای تغذیه‌ای آنان می‌شود، نسبت به سوء تغذیه بسیار آسیب پذیرند. یک رژیم غذایی مناسب، علاوه بر تامین انرژی برای فعالیت‌های روزانه مادر باردار، بایستی انرژی لازم را برای تولد و سلامت نوزاد و نیز فعالیت شیردهی مادر در آینده فراهم کند [۴]. در واقع تغذیه کافی و صحیح بارداری، باعث تشکیل ذخایر معدنی در بدن مادر می‌شود که یکی از شرایط توفیق شیردهی در شش ماهه اول به شمار می‌رود [۵]. نیازهای تغذیه‌ای طی بارداری افزایش می‌یابد که نشان دهنده نیازهای جنین برای رشد و نیازهای فیزیولوژی مادر است [۶]. دوره بارداری طبیعی و نتایج موفقیت آمیز حاصل از آن نیازمند دریافت کافی مواد غذایی است [۷]. مطالعات نشان داده‌اند که نسبت به کمیت و کیفیت

بارداری یکی از مهم‌ترین و پر مخاطره‌ترین دوران زندگی مادر و جنین است که از نظر بهداشتی و اجتماعی برای فرد، خانواده و جامعه اهمیت فراوان دارد. عوامل مختلفی در سلامت مادر و جنین دخالت دارند که یکی از این عوامل تغذیه می‌باشد [۱] وضعیت تغذیه‌ای زنان در طی دوران بارداری می‌تواند تأثیر چشم‌گیری بر سلامت زنان، رشد و نمو جنین، پیامدهای حاصل از تولد و نیز بر سلامت نسل‌های آینده داشته باشد [۲]. تغذیه ناکافی، به ویژه در اوایل بارداری، ممکن است بر روی رشد مغزی جنین تأثیر گذاشته و باعث ناهنجاری‌هایی در جنین شود [۳]. مادران باردار به علت تغییرات هورمونی، متابولیکی و فیزیکی که باعث

این مدل از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که رابطه بین اعتقادات بهداشتی را با رفتار نشان می‌دهد. از مزیت‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، وجود سازه‌هایی است که ابعاد مهم رفتار را مورد توجه قرار می‌دهند. سازه‌های این الگو، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و راهنما به عمل را شامل می‌شوند [۱۴]. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی باورهای مؤثر بر رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مطالعات مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه زنان باردار تحت پوشش مراکز شهری دانشکده علوم پزشکی ساوه بودند که در سال ۱۳۹۳ در مراکز و پایگاه‌های شهری پرونده داشتند. پس از اخذ مجوز از مسئولین دانشکده و تهیه لیست مراکز بهداشتی و پایگاه‌های شهری تحت پوشش، واحدهای پژوهشی از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. نحوه نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بدین ترتیب بود که در مرحله اول لیست کلیه مراکز و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش مشخص و سپس به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و بر اساس تعداد جمعیت تحت پوشش هر مرکز، نسبت نمونه لازم برای شرکت در مطالعه برای هر مرکز تعیین شد. در مرحله آخر تعداد نمونه‌های مورد نیاز هر مرکز از با استفاده از لیست دفتر مراقبت زنان باردار به روش تصادفی ساده انتخاب و به عنوان جامعه پژوهش وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه مورد نیاز در این مطالعه با توجه به انحراف معیار رفتار تغذیه‌ای زنان باردار در مطالعه مشابه [۱۰] و حداکثر خطای مورد قبول برای برآورد میانگین ۲ گرم و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۲۳۵ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت مطالعه ۲۶۵ پرسشنامه توزیع شد. از مجموع ۲۶۵ پرسشنامه توزیع شده ۵ پرسشنامه بدلیل نقص در تکمیل حذف شده و ۲۶۰ فرم جمع‌آوری گردید. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های کتبی به روش مصاحبه سازمان یافته و با استفاده از کارشناسان آموزش دیده با مراجعه به درب منازل تکمیل گردید. بدین ترتیب که تیم تحقیق بعد از مشخص شدن واحد پژوهش با ایشان تماس و با قرار وقت قبلی به منزل ایشان مراجعه می‌کردند. بعد از توجیه شرکت کنندگان

تغذیه در دوران نوزادی، بهبود تغذیه مادر قبل و در دوران بارداری عامل مهم‌تری در کاهش مرگ نوزادی و بهبود سلامت آنان است [۸]. اگر تغذیه مادر کافی نباشد جنین مواد غذایی مورد نیاز خود را از ذخایر محدود بدن مادر به دست می‌آورد [۹]. به عبارت دیگر، رشد و نمو کامل جنین، رابطه تنگاتنگی با تغذیه مادر دارد و تامین نیازهای او با دریافت مواد مغذی مادر آمیخته شده است [۱۰].

تغذیه نامناسب در این منجر به تأخیر رشد داخل رحمی، سقط جنین، زایمان زودرس، به خصوص وزن کم زمان تولد [۱۱] و ابتلا به بیماری‌هایی از جمله دیابت غیر وابسته به انسولین، بیماری‌های کلیوی، پرفشاری خون و سایر بیماری‌های قلب و عروق در دوران بزرگسالی می‌شود [۱۲]. در مقابل داشتن یک تغذیه سالم در دوران بارداری ضامن قابل اطمینانی جهت داشتن یک حاملگی و زایمان خوب است [۱۳]. تغذیه مناسب در پیشگیری و برطرف نمودن برخی از مشکلات دوران بارداری مانند یبوست، سوزش سر دل، آنمی و عفونت ادراری نیز نقش بسزایی دارد [۱۳].

مطالعات نشان داده عوامل مختلفی نظیر سن و نمایه توده بدنی و فاصله مولید با وضعیت تغذیه مادران باردار مرتبط هستند (۸-۱۰). وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و شغل مادر نیز بر رفتارهای تغذیه‌ای مادران تاثیر دارد [۱۲]. عایدینی نشان داد بعضی از مادران به دلیل ترس از چاق شدن از مصرف کافی مواد غذایی خودداری می‌کنند [۷]. در مطالعه محبی و همکاران سطح آگاهی، اعتقادات و عوامل شناختی در زمینه تغذیه به طور معنی‌داری با انجام رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط بود [۱۰]. لارسون نشان داد رفتارهای تغذیه‌ای تحت تاثیر نگرش‌ها، خودکارآمدی، اعتقادات، نگرانی درباره سلامت و رضایت بدنی می‌باشد [۹].

بنابراین الگوی اعتقاد بهداشتی که دارای اجزاء اعتقادی است الگوی مناسبی برای کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر در رفتارهای تغذیه‌ای و تعیین نحوه عملکرد این عوامل می‌باشد. این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماری‌ها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها و بیماری‌ها متمرکز است. بر اساس این مدل، رفتار فرد تابعی از دانش و عقاید اوست، این مدل مشخصاً تاکید می‌کند که درک فرد از آسیب‌پذیری نسبت به یک مسئله یا مشکل، تصمیم وی را در رابطه با رفتارهای بهداشتی تحت تأثیر قرار خواهد داد [۹].

این شکل بود که به گزینه هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲ و همیشه نمره ۳ داده شد. قابل ذکر است که روایی محتوی پرسشنامه با استفاده از نظرات ۸ نفر از متخصصین آموزش بهداشت، تغذیه و زنان با محاسبه شاخص‌های نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) تایید گردید. همچنین پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی درونی بر روی یک گروه ۲۵ نفری از زنان باردار ارزیابی و آلفای کرونباخ برای منافع درک شده ۰/۷۹، موانع درک شده ۰/۸۲، حساسیت ۰/۸۵، شدت درک شده ۰/۸۱ و خودکارآمدی درک شده ۰/۸۲ بدست آمده و مورد تایید قرار گرفت.

اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه‌ها به کمک ویرایش ۲۱ نرم افزار SPSS و با کمک آزمون‌های آماری نظیر تی‌مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سن افراد مورد مطالعه $27/4 \pm 5$ سال بود. میانگین سن حاملگی ۵/۵۰ ماه با انحراف معیار ۲/۴ بود. میانگین تعداد فرزندان $1/1 \pm 1/8$ با دامنه بین ۰-۶ فرزند بود. میزان سطح تحصیلات بیسواد و سیکل ۶۰ نفر (۲۳ درصد)، دیپلم ۱۴۳ نفر (۵۵ درصد)، فوق دیپلم ۱۹ نفر (۷ درصد) و لیسانس و بالاتر ۳۸ نفر (۱۴/۶ درصد) بود. ۱۷۹ نفر (۶۹ درصد) صاحب خانه و مابقی مستاجر بودند. ۵۵ نفر (۲۱ درصد) شاغل و ۲۰۵ نفر (۷۹ درصد) خانه‌دار بودند. شغل همسر ۹۹ نفر (۳۸ درصد) از شرکت کنندگان در مطالعه آزاد و مابقی (۶۲ درصد) کارگری و کارمندی بود. بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات با رفتار تغذیه‌ای نشان داد که افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر وضعیت تغذیه‌ای بهتری داشتند. همچنین بین میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در سطح تحصیلات کمتر از دیپلم، دیپلم و دانشگاهی، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$). متغیرهای سن مادران، وضعیت خانه و شغل همسر ارتباط معنی‌داری با رفتار و سازه‌های مدل نداشت. در بررسی ارتباط بین تعداد بارداری و رفتار تغذیه‌ای و سازه‌های مدل، مادرانی که بارداری اولشان بود میانگین نمره بالاتری در رفتار تغذیه‌ای و سازه‌های حساسیت، شدت درک شده و میانگین نمره کمتری در موانع درک شده نسبت به مادرانی با تجارب بارداری قبلی داشتند. همچنین مادران شاغل در مقایسه با

در زمینه چگونگی و هدف از انجام طرح، محرمانه بودن اطلاعات و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات جمع‌آوری شده، در صورت تمایل با اخذ رضایتنامه کتبی وارد مطالعه می‌شدند. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده می‌شد که کلیه پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت کلی انتشار می‌یابد. پرسشنامه‌ها شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی (نظیر سن، سطح سواد، تعداد فرزندان، شغل خود و همسر) و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. برای طراحی و ساخت پرسشنامه مربوط به متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از نمونه پرسشنامه‌های استفاده شده در مطالعات مشابه [۱، ۱۰، ۱۶] استفاده گردید. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسشنامه از طریق استفاده از نظرات گروه متخصصین در زمینه تغذیه، زنان و آموزش سلامت انجام شد. بطوری که سازه حساسیت درک شده نسبت به تغذیه دوران بارداری با باورهای همچون خطر سوءتغذیه برای سلامتی مادر و جنین با ۷ سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) طراحی گردید که کسب نمره بالاتر نشان دهنده حساسیت بالاتر نسبت به سوءتغذیه بود. سازه شدت درک شده با باورهای همچون خطر محدود شدن رشد جنین، زایمان زودرس با ۵ سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) طراحی گردید. سازه منافع درک شده با باورهای همچون سلامت مادر و رشد جنین با تغذیه صحیح با ۵ سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) طراحی گردید. سازه موانع درک شده با باورهای همچون وینار مادر و مشکلات اقتصادی با ۵ سؤال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) طراحی گردید. سازه خودکارآمدی با باورهای همچون توانایی و اطمینان فرد به انجام تغذیه صحیح با ۶ سؤال به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۴ (کاملاً مطمئن هستم) طراحی گردید، در این بخش کسب نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی درک شده بالاتر در تغذیه صحیح بود. سازه راهنماهای عمل که در قالب ۲ سؤال انواع راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در جهت تغذیه می‌سنجید. در نهایت عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار نیز با چک لیستی مشتمل بر ۱۰ سؤال سه گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات و همیشه) مورد بررسی قرار گرفت. نحوه امتیاز دهی این قسمت به

مادران خانه‌دار در متغیرهای خودکارآمدی، موانع درک شده و رفتار نمرات بهتری داشتند ($P < 0/05$) (جدول ۱). آماره‌های توصیفی و همچنین ماتریکس ضریب همبستگی بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد مادران باردار در خصوص تغذیه صحیح $4/1 \pm$ بود. همچنین با توجه به نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین حساسیت درک شده و عملکرد در خصوص تغذیه ($r = 0/77$ و $P < 0/01$) ارتباط مستقیم و معنی‌دار، همچنین بین شدت درک شده و عملکرد ($r = 0/65$ و $P < 0/01$)، بین منافع درک شده و عملکرد ($r = 0/72$ و $P < 0/03$)، و بین خودکارآمدی و عملکرد در خصوص

تغذیه ($r = 0/69$ و $P < 0/01$) ارتباط مستقیم و معنی‌دار و بین موانع درک شده و عملکرد ($r = -0/81$ و $P < 0/01$) ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده گردید. در زمینه راهنمای عمل خارجی در این مطالعه بر اساس نظرات مادران باردار مورد مطالعه پزشک، ماما و تلویزیون به عنوان مهمترین راهنماها در زمینه تغذیه بودند (جدول ۳). در زمینه راهنماهای عمل داخلی نیز ترس از ناهنجاری‌های مادرزادی جنین، ترس از ابتلا مادر به عوارض تغذیه نادرست، داشتن حال عمومی خوب در دوران بارداری و تناسب اندام بعد از بارداری به عنوان مهم‌ترین راهنماهای عمل داخلی بودند که بر حسب نظر افراد شرکت کننده در مطالعه این عوامل از درون آنان را در جهت تغذیه صحیح ترغیب و تشویق می‌نمود.

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد (درصد)	حساسیت	شدت	منافع	موانع	خودکارآمدی	رفتار
سطح سواد							
بیسواد و سیکل	۶۰ (۲۳)	$12/5 \pm 4/5$	$7 \pm 2/1$	$6/8 \pm 1/4$	$19/8 \pm 3/6$	$8/1 \pm 2/7$	$16 \pm 4/5$
دیپلم	۱۴۳ (۵۵)	$16 \pm 3/2$	$10 \pm 3/5$	$8/5 \pm 2$	$15 \pm 5/1$	$9/9 \pm 2/4$	$20 \pm 3/6$
دانشگاهی	۵۷ (۲۲)	$19 \pm 2/7$	$14 \pm 2/7$	$10 \pm 0/8$	$11/7 \pm 3$	$12/1 \pm 3/6$	$22 \pm 3/7$
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۰۱
شغل							
خانه دار	۲۰۵ (۷۹)	$14/1 \pm 4/5$	$8/9 \pm 4/2$	$8/4 \pm 1/3$	$17/1 \pm 4/1$	$8 \pm 2/7$	$18/6 \pm 3$
شاغل	۵۵ (۲۱)	$15/9 \pm 4/2$	$9/2 \pm 3/5$	$8/8 \pm 2$	$12/7 \pm 5$	$9/6 \pm 2/5$	$21 \pm 3/8$
سطح معنی‌داری	-	۰/۵۱۲	۰/۷۲۳	۰/۳۵۵	۰/۰۱۱	۰/۰۳۷	۰/۰۲۱
تعداد بارداری							
بارداری اول	۸۲ (۳۲)	$17/5 \pm 2/3$	$11/5 \pm 4/1$	$7 \pm 1/2$	$12/5 \pm 3/8$	$9/2 \pm 2/4$	$21/9 \pm 3/1$
دو بار	۱۱۷ (۴۵)	$14/9 \pm 4/2$	$9/8 \pm 3/4$	$8 \pm 1/1$	$16/2 \pm 5/2$	$8/5 \pm 1/9$	$18/3 \pm 3/9$
سه و بیشتر	۶۱ (۲۳)	$14 \pm 3/8$	$8/5 \pm 2/9$	$8/1 \pm 1$	$17/8 \pm 4/3$	$9/5 \pm 2/6$	$16/2 \pm 2/8$
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۴۶	۰/۰۰۳	۰/۲۴۱	۰/۰۰۲	۰/۴۴۳	۰/۰۲۵

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) و یا میانگین \pm انحراف معیار آمده است.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و ماتریکس ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه‌های مدل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین \pm انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب
۱. حساسیت درک شده	۱						$15/3 \pm 4/2$	۷-۳۵
۲. شدت درک شده	۰/۷۶**	۱					$9/2 \pm 3/6$	۵-۲۵
۳. منافع درک شده	۰/۵۸**	۰/۵۶**	۱				$7/9 \pm 2/3$	۵-۲۵
۴. موانع درک شده	۰/۶۱**	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۱			$16/8 \pm 5/1$	۵-۲۵
۵. خودکارآمدی درک شده	۰/۵۹**	۰/۵۴**	۰/۶۸**	۰/۵۵**	۱		$9/4 \pm 2/7$	۴-۲۴
۶. رفتار	۰/۷۷**	۰/۶۵**	۰/۷۲**	۰/۸۱**	۰/۶۹**	۱	$19/4 \pm 4/1$	۱۰-۳۰

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

ما در مطالعه شریفی راد [۱] و مطالعه Abood و همکاران [۱۷] مادران باردار باسوادتر در نمره عملکرد تغذیه‌ای و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی وضعیت بهتری داشتند. مطالعات قبلی نشان داده که وضعیت سواد نقش مهمی در اتخاذ یا عدم اتخاذ رفتارهای بهداشتی دارد. به طوری که در رفتارهای دیگر همچون انجام تست‌های پاپ اسمیر [۱۸]، عدم مصرف دخانیات [۱۴]، و تبعیت از رژیم‌های دارویی [۱۹] نیز افراد باسوادتر وضعیت بهتری داشتند. در این مطالعه افراد شاغل خودکارآمدی بالاتر و موانع درک شده کمتری در انجام تغذیه صحیح داشته و در نهایت عملکرد بهتری داشتند. این مساله را شاید بتوان با درآمد بالاتر و وضع مادی بهتر افراد شاغل توجیه کرد که توانایی بالاتری در خرید و استفاده از مواد غذایی به آنها می‌دهد. عملکرد بهتر تغذیه‌ای افراد شاغل در مطالعه Kramer و همکاران [۲۰]، فراهانی‌نیا و همکاران [۲۱] و مطالعه Joseph و همکاران [۲۲] نیز گزارش شده است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مادرانی که بارداری اول خود را تجربه می‌کردند حساسیت و شدت درک شده بالاتر، موانع کمتر و در نتیجه رفتار تغذیه‌ای بهتری داشتند. اگر چه فرایند مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان است و اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود، ولی به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی ایجاد شده می‌تواند تنش‌ها و نگرانی‌هایی نیز به همراه داشته باشد، که این اضطراب و حساسیت در بارداری اول به دلیل عدم تجربه مادر باردار و همسرش بیشتر است [۲۳]. به همین دلیل مادران با بارداری اول حساسیت و شدت درک شده بالاتری نسبت به مادران با بارداری دوم و سوم در مورد سوءتغذیه و تاثیر آن بر سلامتی خود و جنین شان داشتند. با توجه به اینکه میانگین نمره حساسیت و شدت درک شده نمونه‌ها کمتر از حد متوسط بود، آموزش به افراد جامعه و اطلاع رسانی از طریق رسانه‌های جمعی و پرسنل بهداشتی درمانی در خصوص خطرات تغذیه ناسالم در دوره بارداری می‌تواند در افزایش حساسیت و شدت درک شده آنان مؤثر باشد. در واقع حساسیت ویژه مادران در خصوص سلامت جنین می‌تواند فرصت مناسبی برای آموزش ایجاد کند. از طرف دیگر این مادران به دلیل توجه و حمایت بیشتر اطرافیان و همسر در بارداری اول [۲۴] موانع درک شده کمتری در راه تغذیه سالم دارند. کارشناسان عقیده دارند ترکیب حساسیت و شدت درک شده انگیزه و نیرویی

جدول ۳: توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص تغذیه صحیح		
راهنماهای عمل	تعداد	درصد
راهنماهای عمل خارجی		
پزشک	۱۳۲	۵۱
ماما	۱۱۵	۴۴
تلویزیون و رادیو	۹۶	۳۷
مجله وسایر نشریات	۷۸	۳۰
متخصص تغذیه	۵۵	۲۱
اطرافیان، دوستان و سایر مادران	۲۵	۹/۶
راهنماهای عمل داخلی		
ترس از ابتلا جنین به عوارض ناشی از تغذیه نادرست	۲۲۶	۸۷
ترس از ابتلا مادر به عوارض تغذیه نادرست	۱۸۰	۶۹
داشتن حال عمومی خوب در دوران بارداری	۱۴۱	۵۴
تناسب اندام بعد از بارداری	۱۲۰	۴۶

بحث

تمرکز پژوهش حاضر بر ارزیابی عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار با استفاده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. نتایج نشان داد میانگین نمره رفتار واحدهای پژوهش در حد متوسط بود. این یافته با مطالعه محبی و همکاران در گناباد [۱۰]، کمالی فرد و همکاران [۲] در کرج همسو بود که نشان دادند زنان باردار مورد مطالعه از نمره عملکرد متوسطی برخوردارند. بررسی تحلیلی عملکرد نمونه‌ها در هفت روز اخیر نشان داد که ۵۸ درصد از نمونه‌ها برای سرخ کردن مواد غذایی از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده می‌کنند. میزان مصرف گوشت ماهی ۲۲ درصد، میزان مصرف شیر ۶۵ درصد، و میوه و سبزی ۶۸ درصد بود. با ملاحظه عملکرد نمونه‌ها در زمینه مصرف روغن و گوشت ماهی، اقدامات مداخله‌ای برای تغییر رفتار و آموزش رفتارهای سالم تغذیه‌ای در این فرصت طلایی ضروری به نظر می‌رسد، چرا که در این دوران، مادران حداقل ماهی یکبار به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند و به دلیل شرایط خاص خود (حفظ سلامت جنین)، از آموزش استقبال می‌کنند. این مساله در بررسی راهنمای عمل داخلی نمونه‌ها کاملاً مشهود بود چرا که ۸۷ درصد از آنها نگران عوارض جنینی ناشی از سوء تغذیه بودند. در این مطالعه با افزایش سطح سواد میانگین نمره‌های حساسیت، شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده افزایش و میانگین نمره موانع درک شده کاهش یافت. همچنین نمره عملکرد تغذیه‌ای نیز افزایش یافت. همسو با یافته

زمینه مناسب در جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد. فرد با خودکارآمدی پایین، کمتر احتمال دارد که در جهت انجام رفتار جدید یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده تلاش نماید [۲۸].

در مطالعه حاضر ترس از ابتلا جنین و مادر به عوارض ناشی از تغذیه نادرست به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل داخلی بود که مادران باردار به رژیم غذایی سالم ترغیب می‌کرد. همچنین توصیه‌های پزشک و ماما به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی در تغذیه سالم می‌تواند حایز اهمیت باشد. طبق مدل اعتقاد بهداشتی راهنما برای عمل نیروی تسریع کننده‌ای است که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می‌گردد. در مطالعات مختلف [۱۰، ۱۱، ۱۹] نقش پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی همچون ماماها به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل اثبات شده، لذا آموزش از طریق افراد فوق نقش کلیدی در موفقیت آموزش خواهد داشت. در یافته‌های ما تنها ۲۱ درصد از مادران از متخصصین تغذیه به عنوان راهنمای عمل استفاده کرده بودند که این مساله را می‌توان با تعداد کم متخصصین در دسترس این رشته در سطح شهر و نیز عدم وجود کارشناس تغذیه در سطح مراکز بهداشتی درمانی توجیه کرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم شرکت زنان تحت پوشش مراکز روستایی و زنان باردار تحت پوشش بخش خصوصی اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به رابطه معنی‌دار بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد تغذیه‌ای مادران باردار و نیز متوسط بودن میانگین نمره سازه‌های مدل و عملکرد و نیز اهمیت و جایگاه سلامت مادران و جنین که مورد تاکید و توجه سیستم‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌باشد، لزوم طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی دقیق جهت بالا بردن حساسیت و شدت درک شده در افراد نسبت به تغذیه صحیح در دوران بارداری و همچنین افزایش خودکارآمدی و منافع درک شده به همراه از بین بردن موانع درک شده پیشنهاد می‌شود.

شکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهشی مصوب در معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی ساوه می‌باشد

جهت انجام یک رفتار فراهم می‌کند و درک موانع کمتر راه بهتری را برای انجام رفتار در پیش روی فرد قرار می‌دهد [۲۵]. در این مطالعه نیز رفتار تغذیه‌ای افراد با حساسیت و شدت درک شده بالاتر و موانع کمتر همبستگی معنی‌دار داشت.

وضعیت درک مادران باردار از منافع رژیم غذایی صحیح کمتر از حد متوسط بود و بین منافع درک شده و رفتار رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. به نظر می‌رسد که توجه مادران به اهمیت تغذیه صحیح در ارتقاء سلامت مادر و جنین و کاهش عوارض بارداری می‌تواند در ارتقاء سطح منافع درک شده مؤثر باشد. مطالعه شریفی راد نیز نشان داد که بین منافع درک شده و رفتار تغذیه‌ای رابطه مثبت وجود دارد [۱]. همچنین مطالعه Mahmood و همکاران در زنان باردار پاکستان نشان داد که بین منافع درک شده رژیم غذایی سالم و تغذیه صحیح رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۶].

در پژوهش حاضر وضعیت درک مادران باردار از موانع موجود جهت رژیم غذایی سالم بیش از حد متوسط بود و در بین سازه‌های مدل، بالاترین همبستگی بین موانع درک شده و رفتار تغذیه‌ای وجود داشت، بنابراین می‌توان گفت عمده‌ترین عامل جهت اقدام افراد به تغذیه ناسالم موانع درک شده بود. در پژوهش حاضر بیشترین موانع درک شده از سوی مادران جهت تغذیه سالم شامل وضعیت بارداری و عدم توانایی و تمایل به پخت و پز، عوارض و ناراحتی‌های گوارشی ناشی از مصرف برخی مواد غذایی همچون میوه و سبزی خام، مشکلات مالی و عدم وقت و انرژی کافی عنوان شده بود. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه Kloeblen هم بین موانع درک شده کمتر مادران و تغذیه سالم‌تر رابطه معنی‌داری وجود داشت [۲۶]. در مطالعه Sun نیز ارتباط معکوس و معنی‌داری بین موانع درک شده و عملکرد تغذیه‌ای نمونه‌ها مشاهده گردید [۲۷]. بر اساس یافته‌های این مطالعه خودکارآمدی با رفتار تغذیه‌ای مادران ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشت. در مطالعه ضاربان [۲۸] هم خودکارآمدی رابطه مستقیم و معنی‌داری با رفتارهای تغذیه‌ای داشت. Abood هم نشان داد که خودکارآمدی یک عامل تعیین کننده معنی‌دار در پیروی از رژیم غذایی سالم است [۱۷]. باندورا خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل مشخص و مهم‌ترین پیش شرط تغییر رفتار می‌داند [۱۵] و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد

بهداشتی ساوه، مسئولین و کارشناسان مامایی مراکز و نیز کلیه مادران باردار شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

لذا ضمن تقدیر از معاونت مذکور، تیم تحقیق بر خود لازم می‌داند از دانشجویان کارشناسی رشته اتاق عمل دانشکده علوم پزشکی ساوه، مسئولین حوزه معاونت

REFERENCES

- Sharifirad GR, Tol A, Mohebi S, Matlabi M, Shahnazi H, Shahsiah M. The effectiveness of nutrition education program based on health belief model compared with traditional training. *J Educ Health Promot.* 2013;2:15. DOI: 10.4103/2277-9531.112684 PMID: 24083265
- Kamalifard M, Charandabi SMA, Mameghani ME, Jafarabadi MA, Omid F. The Effect of an Educational Package on Nutritional Knowledge, Attitude, and Behavior of Pregnant Women. *Iran J Med Edu.* 2012;12(9).
- Fallah F, Pourabbas A, Delpishah A, Veisani Y, Shadnoush M. Effects of nutrition education on levels of nutritional awareness of pregnant women in Western Iran. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11(3):175-8. DOI: 10.5812/ijem.9122 PMID: 24348589
- Jackson RA, Stotland NE, Caughey AB, Gerbert B. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. *Patient Educ Couns.* 2011;83(2):203-9. DOI: 10.1016/j.pec.2010.05.019 PMID: 21459255
- Widen E, Siega-Riz AM. Prenatal nutrition: a practical guide for assessment and counseling. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(6):540-9. DOI: 10.1016/j.jmwh.2010.06.017 PMID: 20974416
- Fadakar Soogheh K, Ghav A, Niknami M, Kazemnejad Leili E. Relationship between Mothers' Nutritional Status and Weight Gain during Pregnancy with Low Birth Weight. *J Guilan Uni Med Sci.* 2012;21(83):27-35.
- Abedini Z, Gaini M. Dietary Food Intake of Pregnant Women Based on Food Guide Pyramid and Its Related Factors. *Iran J Nurs.* 2011;24(73):36-46.
- Scott S, Duncan CJ. Malnutrition, pregnancy, and infant mortality: a biometric model. *J Interdiscip Hist.* 1999;30(1):37-60. PMID: 21991620
- Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Story MT, Wall MM, Harnack LJ, Eisenberg ME. Fast food intake: longitudinal trends during the transition to young adulthood and correlates of intake. *J Adolesc Health.* 2008;43(1):79-86. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.12.005 PMID: 18565441
- Mohebi M. Effect of nutrition education program on the recommended weight gain in during pregnancy application of Health Belief Model: A randomized clinical trial. *Qom Uni Med Sci J.* 2012;6(1):20-5.
- Jalily M, Barati M, Bashirian S. Using Social Cognitive Theory to Determine Factors Predicting Nutritional Behaviors in Pregnant Women Visiting Health Centers in Tabriz, Iran. *J Edu Commun Health.* 2014;1(4):11-21. DOI: 10.20286/jech-010411
- Shakeri M. The Effect of Educational Program based on BASNEF Model on the Nutritional behavior of Pregnant Women. *Int Res J Applied Basic Sci.* 2013;5(12):1606-11.
- Burr ML, Trembeth J, Jones KB, Geen J, Lynch LA, Roberts ZE. The effects of dietary advice and vouchers on the intake of fruit and fruit juice by pregnant women in a deprived area: a controlled trial. *Public Health Nutr.* 2007;10(6):559-65. DOI: 10.1017/S1368980007249730 PMID: 17381912
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice: John Wiley & Sons; 2008.
- Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *Arak Med Uni J.* 2012;14(7):85-94.
- Mahmood S, Atif MF, Mujeeb SS, Bano N, Mubasher H. Assessment of nutritional beliefs and practices in pregnant and lactating mothers in an urban and rural area of Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 1997;47(2):60-2. PMID: 9071863
- Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. *J Nutr Educ Behav.* 2003;35(5):260-7. DOI: 10.1016/s1499-4046(06)60057-2 PMID: 14521826
- Karimy M, Gallali M, Niknami SH, Aminshokravi F, Tavafian SS. The effect of health education program based on Health Belief Model on the performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh. *J Jahrom Uni Med Sci.* 2012;10(1).
- Karimy M, Zareban I, Sarani M, Rakhshani F, Kuhpayehzadeh J, Baradaran H. Factors affecting adherence to the treatment regimen of tuberculosis patients: Assessing the efficiency of health belief model constructs. *J Kermanshah Uni Med Sci.* 2014;18(4):213-9.
- Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4):CD000032. DOI: 10.1002/14651858.CD000032 PMID: 14583907
- Farahaninia M, Farahaninia S, Chamari M, Haghani H. Nutritional Pattern of Pregnant Women Attending to Health Centers Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Iran J Nurs.* 2013;25(80):30-9.
- Joseph NP, Hunkali KB, Wilson B, Morgan E, Cross M, Freund KM. Pre-pregnancy body mass index among pregnant adolescents: gestational weight gain and long-term post partum weight retention. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21(4):195-200. DOI: 10.1016/j.jpjag.2007.08.006 PMID: 18656073
- Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of Attachment Training on Anxiety and Attachment Behaviors of first-time mothers. *Hayat.* 2011;17(3):69-79.
- Spink J, Singh J, Singh SP. Review of Package Warning Labels and Their Effect on Consumer Behaviour with Insights to Future Anticounterfeit Strategy of Label and Communication Systems. *Packaging Technol Sci.* 2011;24(8):469-84. DOI: 10.1002/pts.947
- Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Shokravi FA. The Effect of Training Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Unwanted Pregnancy. *Iran J Obstetric Gynecol Infertil.* 2012;15(23):85-96.
- Kloeblen AS, Batish SS. Understanding the intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model. *Health Educ Res.* 1999;14(3):327-38. PMID: 10539225
- Sun X, Guo Y, Wang S, Sun J. Predicting iron-fortified soy sauce consumption intention: application of the theory of planned behavior and health belief model. *J Nutr Educ Behav.* 2006;38(5):276-85. DOI: 10.1016/j.jneb.2006.04.144 PMID: 16966048
- Zareban I, Karimy M, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F. The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. *J Educ Health Promot.* 2014;3:123. DOI: 10.4103/2277-9531.145935 PMID: 25540796

Beliefs Effective on Nutritional Practices of Pregnant Women in Health Centers of Saveh, Iran

Mahmood Karimy (PhD)^{1,*}, Mohammad Taher (MSc)², Neda Fayazi (MSc)², Sahar Baiati (MSc)², Elahe Rezai (MSc)², Farideh Rahnama (MSc)²

¹ Department of Public Health, Faculty of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

² Department of Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

* Corresponding author: Mahmood Karimy, Department of Public Health, Faculty of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran. Tel: +98-8645226936, Email: karimymahmood@yahoo.com

DOI: 10.20286/jech-02034

Received: 13.10.2015

Accepted: 11.12.2015

Keywords:

Attitude

Pregnancy

Nutritional Status

Women

How to Cite this Article:

Karimy M, Taher M, Fayazi N, Baiati S, Rezai E, Rahnama F. Beliefs Effective on Nutritional Practices of Pregnant Women in Health Centers of Saveh, Iran. *J Educ Community Health*. 2016;2(3):28-35. DOI: 10.20286/jech-02034

© 2015 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: A healthy and balanced diet is quite important in life and during pregnancy in particular for health of the mother and her fetus. The aim of this study was to evaluate the effects of beliefs on nutritional practices of pregnant women in Saveh University of Medical Sciences, Iran.

Materials and Methods: This was a cross-sectional and analytical study carried out on 260 pregnant women in health centers of Saveh University of Medical Sciences. A multiple-stage sampling protocol was used. Data was collected based on the health belief model (susceptibility, severity, perceived benefits and barriers, self-efficacy and cues to action) as well as the checklist of practices of pregnant women about diet. Independent t-test, one-way ANOVA and Bivariate (Pearson's) correlation were conducted to analyze the data. All the analyses were performed in SPSS version 21.

Results: The mean age of participant was 5 ± 27.4 and the mean gestational age was 5.5 ± 2.4 . In this study, a significant correlation was observed in perceived barriers, sensitivity, severity, benefits, barriers and perceived self-efficacy with nutritional practices of pregnant women ($P < 0.05$). In addition, a significant relationship was found in the levels of their education, employment status and number of pregnancies with nutritional practices ($P < 0.05$).

Conclusions: The mean score of health belief model construct in pregnant women was moderate. Therefore, to improve the health of mothers and their children, an educational program based on health belief model for enhancing sensitivity and perceived severity of health workers regarding their health and to increase their self-efficacy and benefits perceived as well as to reduce perceived barriers is recommended.