

عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای تغذیه‌ای بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تبریز

مطهره جلیلی^۱، مجید براتی^۲، سعید بشیریان^{۳*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۲ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوءمصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۳ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۹/۲۵

چکیده

سابقه و هدف: تغذیه مادران در طول بارداری عامل کلیدی در تضمین سلامت مادر و کودک است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای تغذیه‌ای در بین زنان باردار شهر تبریز بر اساس تئوری شناختی اجتماعی انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی با مشارکت ۳۸۰ زن باردار مراجعه‌کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز انجام شد که به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد رفتارهای تغذیه‌ای و پرسشنامه محقق ساخته سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی (آگاهی، انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خودتنظیمی) بود که به روش مصاحبه و خودگزارش دهی تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-20 و آزمون‌های رگرسیون خطی و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۷ سال بود. از میان سازه‌های مختلف تئوری شناختی اجتماعی، انتظارات پیامد ($P < 0/039$)، ارزش‌های پیامد ($P < 0/046$)، آگاهی ($P < 0/043$) و خودتنظیمی ($P < 0/001$) دارای سهم معنی‌داری در تبیین واریانس رفتار تغذیه‌ای مناسب در بین مادران مورد مطالعه بودند. این متغیرها در مجموع ۱۶ درصد از واریانس رفتارهای تغذیه‌ای را پیش‌بینی گردید. در ۵/۵۴ درصد افراد مصرف نان و غلات، ۲/۷۳ درصد دریافت گوشت و حبوبات، ۳/۵۵ درصد مصرف میوه‌جات و در ۵/۷۰ درصد مصرف سبزیجات کمتر از میزان توصیه شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آگاهی، انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد و خودتنظیمی می‌توانند جهت طراحی مداخلات آموزشی برای دستیابی به رفتارهای تغذیه‌ای سالم در زنان باردار مؤثر باشد. **واژگان کلیدی:** تغذیه، زنان باردار، رفتار، تئوری شناختی اجتماعی

مقدمه

کافی برای جنین یک عامل اساسی در سلامت و بقای جنین می‌باشد (۱). سالانه ۳۰ میلیون نوزاد کم‌وزن (۲۳/۸ درصد کل تولدها) در جهان متولد می‌شوند که اغلب با مشکلات بهداشتی کوتاه مدت و بلند مدت شدیدی مواجه می‌شوند (۳). وزن کم موقع تولد عاملی مهم در مرگ و میر، بیماری و ناتوانی در نوزادی و کودکی است و همچنین اثر بلندمدت بر سلامتی در زندگی بزرگسالی دارد (۳). عدم برآورد نیازهای تغذیه‌ای و نیز اضافه دریافت مواد مغذی توسط مادر به مدت طولانی می‌تواند منجر به اثرات مخرب

تغذیه یکی از عوامل حیاتی دوران بارداری می‌باشد که از یک سو بر سلامت مادر و از سوی دیگر بر نتیجه بارداری و سلامت جنین مؤثر است (۱). بارداری و شیردهی، حالتی آنابولیک هستند که با هماهنگی هورمون‌ها، مواد مغذی در بافت‌های ویژه‌ای از مادر نظیر جفت و غدد شیرساز، جایگزین می‌شود، تا به مصرف تکامل جنین و نوزاد برسد (۲). بنابراین توانایی مادر در تأمین مواد مغذی و اکسیژن

* نویسنده مسئول: سعید بشیریان؛ همدان، بلوار شهید فهمیده، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی.
تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۹۰ پست الکترونیک: s_bashirian@yahoo.com

برنامه‌ها نیازمند مداخلات اساسی از جمله استفاده از آموزش‌های مبتنی بر نظریه، الگو و مدل‌های مناسب می‌باشند، زیرا تئوری‌ها دارای پتانسیل عظیمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت هستند (۱۲).

یکی از کارآمدترین نظریه‌های مورد استفاده برای پیش‌بینی و بیان رفتارهای تغذیه‌ای، نظریه شناختی اجتماعی آلبرت بندورا (Social Cognitive Theory) می‌باشد (۱۳). نظریه شناختی اجتماعی تأکید دارد که خصوصیات فردی و محیطی بر رفتار تأثیر می‌گذارند؛ این نظریه اعتقاد به تقابل‌های دو سویه شخص، رفتار و محیط دارد (۱۴). نظریه شناختی اجتماعی ضمن بیان عوامل پیش‌بینی‌کننده و اصول مؤثر در شکل‌گیری رفتار، راه‌کارهایی را جهت ایجاد تغییر در رفتار ارائه می‌دهد. بر این اساس، تئوری شناختی اجتماعی فرض می‌کند که رفتار از جمله رفتارهای تغذیه‌ای با استفاده از (الف) عوامل فردی نظیر ترجیحات مزه، نگرش‌ها، اعتقادات، خودکارآمدی، نگرانی درباره سلامت، رضایت بدنی؛ (ب) عوامل رفتاری مانند الگوهای مصرف وعده‌های غذایی، رفتارهای مربوط به کنترل وزن، مشارکت در تدارک غذا و مشارکت در خرید؛ (ج) عوامل اجتماعی محیطی یا عوامل بین فردی مانند دسترسی به مواد غذایی سالم در خانه، تداوم غذا خوردن با خانواده و حمایت دوستان برای سالم خوردن، تبیین می‌شود (۱۵). بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای تغذیه‌ای در بین مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز بر اساس سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در سال ۱۳۹۳ به صورت تحلیلی بر روی ۳۸۰ زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز انجام شد. از بین مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز ۱۰ مرکز که بیشترین جمعیت زنان باردار تحت پوشش را داشتند به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع تصادفی چندمرحله‌ای بود، بدین ترتیب که با توجه به اینکه شهر تبریز دارای ۹

بر روی جنین از قبیل تأخیر رشد داخل رحمی، کم‌وزنی هنگام تولد، ناهنجاری‌های جنینی و غیره شود. این اختلال همچنین می‌تواند منجر به بیماری‌های مزمن در دوران بزرگسالی جنین مانند دیابت غیر وابسته به انسولین، بیماری قلبی و عروقی و بیماری سیستم عصبی گردد (۷-۴).

مصرف نامناسب گروه‌های غذایی در مادران باردار در مطالعات گذشته گزارش شده است (۸). در مطالعه‌ای در کشورهای مصر، مکزیک و کنیا نشان داده شد که ارتباط معکوسی بین شاخص توده بدنی مادر قبل از بارداری و اضافه‌وزن وی در دوران بارداری وجود دارد. همراهی شاخص توده بدن پایین و وزن‌گیری کم در طی حاملگی بیشترین خطر را برای تولد نوزادانی با وزن کم به دنبال داشته است (۹). در دهه ۱۹۷۰، زنان باردار به پیشگیری از زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین (حداقل ۱۴ کیلوگرم افزایش وزن) تشویق می‌شدند. اما بعد از مطالعات گسترده، امروزه مشخص شده است که افزایش وزن در دوران بارداری نمی‌تواند برای تمام گروه‌های زنان به‌طور یکسان باشد. لذا مؤسسه پزشکی امریکا افزایش وزن ۱۸-۱۲/۵ کیلوگرم برای شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸، ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم برای شاخص توده بدنی ۲۶-۱۹/۸، و ۱۱/۵-۷ کیلوگرم برای شاخص توده بدنی ۲۹-۲۶/۱ و افزایش وزن کمتر از ۷ کیلوگرم را برای شاخص توده بدنی بیش از ۲۹ در طی دوران بارداری توصیه کرده است (۱۰). در تحقیق دلوریان‌زاده و همکاران افزایش وزن، چاقی و کمبود مواد غذایی مناسب مشکل اصلی دوران بارداری بود (۱۱). رفتار تغذیه‌ای از جمله مباحث چند علیتی مرتبط با سلامت است و تأثیر مهمی بر سلامت دارد. برای اثرگذاری بر این رفتار باید عوامل مؤثر و توانمندی‌های افراد شناسایی و تقویت و موانع کم‌رنگ‌تر شوند. سپس سایر عوامل مداخله‌گر با تعیین ضریب وزنی مشخص و به نحو مناسب همگام با برنامه‌های سلامت در جهت ارتقای رفتار تغذیه‌ای به کار گرفته شود. به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی رایج در نظام‌های بهداشتی درمانی، قابلیت اثربخشی مطلوب بر رفتارهای تغذیه‌ای را ندارند. این

پروتئین اهمیت دارند؟" با پاسخ بلی، خیر، نمی‌دانم بود. نحوه نمره‌دهی به صورت امتیاز صفر یا یک برای هر سؤال (در صورت پاسخ صحیح، امتیاز یک و در صورت پاسخ غلط، امتیاز صفر) بود، بنابراین حداکثر نمره قابل اکتساب امتیاز ۷ بود. ۹ سؤال انتظارات پیامد مانند "اگر در طی دوران بارداری تغذیه مناسب داشته باشم کمتر بیمار می‌شوم." با پاسخ کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱)، حداقل امتیاز نمره ۹ و حداکثر امتیاز نمره ۴۵ در نظر گرفته شد، ۹ سؤال ارزش‌های پیامد مانند "برای من مهم است که بیمار نشوم." با پاسخ کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱)، حداقل امتیاز نمره ۹ و حداکثر امتیاز نمره ۴۵ در نظر گرفته شد، ۷ سؤال خودکارآمدی مانند "من مطمئنم می‌توانم هر روز لبنیات مصرف کنم." با پاسخ کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱)، حداقل امتیاز نمره ۷ و حداکثر امتیاز نمره ۳۵ در نظر گرفته شد، ۹ سؤال حمایت اجتماعی مانند "همسر مواد غذایی سالمی را برای مصرف غذا در خانواده تهیه می‌کند." با پاسخ کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱)، حداقل امتیاز نمره ۹ و حداکثر امتیاز نمره ۴۵ در نظر گرفته شد، ۷ سؤال خودتنظیمی مانند "من مطمئنم می‌توانم هر روز لبنیات مصرف کنم." با پاسخ کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱)، حداقل امتیاز نمره ۷ و حداکثر امتیاز نمره ۳۵ در نظر گرفته شد.

سؤالات رفتار تغذیه‌ای شامل دو بخش بود: بخش اول شامل ۱۶ سؤال مربوط به رفتار تغذیه‌ای زنان باردار و در برخورد با مشکلات شایع در این دوران و بخش دوم شامل ۵ سؤال در زمینه سهم‌های غذایی بود که پس از توضیح دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها، توسط مادران باردار تکمیل شد. اندازه‌گیری داده‌های تن‌سنجی نظیر قد و وزن حین بارداری و شاخص توده بدنی نیز انجام شد. در این مطالعه منظور از مصرف مطلوب گروه‌های غذایی، دریافت سهم‌های کافی از هر یک از گروه‌های غذایی مربوطه، بر اساس مقادیر توصیه شده آنها در هرم غذایی بود. همچنین منظور از رفتار تغذیه‌ای مناسب برای پیشگیری و درمان مشکلات شایع دوران بارداری از جمله یبوست، سوزش سر

منطقه جغرافیایی (تقسیم‌بندی شهری) می‌باشد، ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری که بیشترین جمعیت زنان باردار تحت پوشش را دارا بودند، به عنوان محیط پژوهش انتخاب و بر اساس دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه به صورت تصادفی ساده در مطالعه شرکت داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۵ سال و نداشتن هرگونه بیماری جسمی و روحی حاد و مزمن، دارا بودن پرونده بهداشتی در مرکز بهداشتی درمانی و مراجعه به مراکز جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی و تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه توسط زنان باردار بود. معیار خروج از مطالعه انصراف از ادامه شرکت در مطالعه توسط شرکت‌کنندگان و عدم توانایی لازم برای پاسخگویی به سؤالات و افراد مبتلا به بیماری شدید بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه بخش بود: مشخصات جمعیت‌شناختی، سؤالات پرسشنامه ساخته محقق مربوط به سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی و پرسشنامه مربوط به رفتار تغذیه‌ای بود که روایی و پایایی آن در مطالعات گذشته تأیید شده است (۱۶). پرسشنامه تئوری شناختی اجتماعی پس از مطالعه کتب و مقالات مرتبط با موضوع تهیه و اعتبار آن از طریق بررسی نظرات چند نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقا سلامت و با سنجش CVI و CVR مورد تأیید قرار گرفت. در بررسی اولیه شاخص (CVR) برای کل ابزار بالای ۰/۸ به دست آمد. پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی، شاخص روایی محتوی (CVI) برای کلیه مقیاس‌ها بیش از ۰/۹ به دست آمد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه در قالب یک مطالعه مقدماتی از طریق مصاحبه ۳۰ نفر از مادران باردار انجام و ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. همبستگی درونی برای آگاهی ۰/۷۱، انتظارات پیامد ۰/۸۲، ارزش‌های پیامد ۰/۸۹، خودکارآمدی ۰/۸۳، حمایت اجتماعی ۰/۷۰ و خودتنظیمی ۰/۷۶ به دست آمد.

مشخصات جمعیت‌شناختی با استفاده از ۱۵ سؤال بررسی شد. سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی مشتمل بر ۷ سؤال آگاهی تغذیه‌ای مانند "آیا در بارداری گروه نان و غلات به دلیل دارا بودن انرژی، بعضی از انواع ویتامین‌ها و

۴۰۰ هزار تا ۷۰۰ هزار تومان بود. حاملگی بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۶۳/۴ درصد) با برنامه‌ریزی قبلی انجام شده بود. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=۳۸۰)

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد
تعداد بارداری	۱۷۵	۴۶/۱
اولین بارداری	۲۰۵	۵۳/۹
دومین و بیشتر بارداری	۲۴	۶/۳
نمایه توده	۱۹/۹ تا ۲۴/۹	۲۹/۷
کمتر از ۱۹/۹	۱۱۳	۲۹/۷
بدنی	۲۴/۹ تا ۲۹/۹	۳۹/۷
سن	۲۹/۹ و بیشتر	۲۴/۲
۲۵-۱۵	۱۴۷	۳۸/۷
۳۵-۲۶	۲۰۱	۵۳/۹
۴۵-۳۶	۳۲	۸/۴
تحصیلات	۷۴	۱۹/۵
بی‌سواد و ابتدایی	۲۵۰	۶۵/۸
راهنمایی و دبیرستان	۵۶	۱۴/۷
دانشگاهی	۲۷۷	۷۲/۹
درآمد	۷۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۱۵/۸
کمتر از ۷۰۰۰۰۰ تومان	۴۳	۱۱/۳
بالای یک میلیون تومان	۳۳۳	۸۷/۶
شغل	۴۷	۱۲/۴
خانه‌دار	۲۴۱	۶۳/۴
شاغل	۱۳۹	۳۶/۶
حاملگی		
برنامه‌ریزی‌شده		
خیر		

با توجه به نتایج نمودار شماره یک، مصرف ناکافی گروه نان و غلات در ۲۰۷ نفر (۵۴/۵ درصد)، گوشت و حبوبات در ۲۷۸ نفر (۷۳/۲ درصد)، میوه‌جات در ۲۱۰ نفر (۵۵/۳ درصد) و گروه سبزیجات در ۲۶۸ نفر (۷۰/۵ درصد) گزارش شد. مصرف شیر و لبنیات در اکثر افراد ۲۱۸ نفر (۵۷/۴ درصد) در حد مطلوب گزارش شد. مقدار غذای مصرفی ۹۳ نفر (۲۴/۵ درصد) از زنان نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود و ۲۴۸ نفر (۶۵/۳ درصد) نیز مقدار مصرف لبنیات را کاهش داده بودند، در اکثر افراد (۹۰ درصد) مصرف قرص اسید فولیک، قرص آهن (۸۲/۸۹ درصد) و (۷۸/۱۶ درصد) قرص مولتی‌ویتامین در حد مطلوب گزارش شد.

طبق جدول شماره ۲ رفتار تغذیه‌ای ۱۵۹ نفر (۴۱/۸ درصد) در زمینه پیشگیری از یبوست، ۲۲۶ نفر (۵۹/۵

دل، ورم در دست و پا، آرمی و عفونت ادراری استفاده از انواع مواد غذایی از جمله افزایش مصرف میوه، سبزیجات، مایعات، تعداد وعده‌های غذایی و راه‌کارهای دیگر رفتار تغذیه‌ای بود که در پاسخ سؤالات قید شده بود.

سؤالات مربوط به رفتار تغذیه‌ای از ۲ تا ۶ گزینه‌ای متفاوت بودند و از افراد خواسته شد که در هر سؤال یک یا بیش از یک گزینه را انتخاب کنند. لذا، برای یک همسان‌سازی امتیاز تمامی سؤالات، به استناد مطالعه محمدعلیزاده چرندابی و همکاران (۱۶) همه آنها استاندارد شدند. به این شکل که در صورت انتخاب تمام گزینه‌های صحیح هر سؤال، به آن امتیاز ۱۰۰ و در صورت عدم انتخاب هیچ‌کدام از گزینه‌های صحیح، امتیاز صفر و در صورت انتخاب برخی از گزینه‌های صحیح به نسبت گزینه‌های صحیح انتخاب شده به کل گزینه‌های هر سؤال، امتیازی بین ۰-۱۰۰ داده می‌شد.

در نهایت امتیازات رفتار تغذیه‌ای کلی با تقسیم کل امتیازات کسب شده از کلیه سؤالات بر تعداد کل سؤالات محاسبه شد. طبقه‌بندی امتیازات به این صورت بود: میانگین امتیازات بین صفر تا ۳۳/۳۳ در سطح ضعیف، میانگین امتیازات بین ۳۳/۳۴-۶۶/۶۷ در سطح متوسط و میانگین امتیازات بیش از ۶۶/۶۷ در سطح خوب قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و با به‌کارگیری آزمون‌های رگرسیون خطی و همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

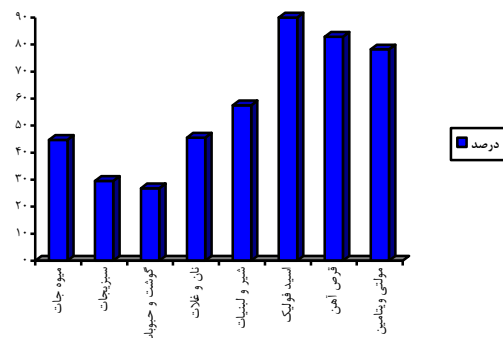
یافته‌ها

حدود نیمی از زنان (۴۶/۱ درصد)، بارداری اولشان را سپری می‌کردند. سن بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۲/۹ درصد) در پژوهش بین ۲۶ تا ۳۰ سال با میانگین و انحراف معیار $27/56 \pm 5/52$ و با دامنه ۱۵ تا ۴۳ سال بود. اکثر افراد خانه‌دار (۸۷/۶ درصد) و (۴۴/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۳۹/۷ درصد زنان شرکت‌کننده در این مطالعه چاق (دارای نمایه بدنی ۲۹/۹ و بالاتر) بودند. میزان درآمد اغلب افراد مورد مطالعه (۴۷/۶ درصد) بین

۳ ارائه شده است. طبق نتایج آزمون آماری، آگاهی با ارزش‌های پیامد، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خودتنظیمی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشت. همچنین همبستگی بین ارزش‌های پیامد با خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خودتنظیمی، مثبت و معنی‌دار بود. سازه خودکارآمدی با سازه‌های حمایت اجتماعی و خودتنظیمی همبستگی مثبت و معنی‌داری را نشان داد و در نهایت همبستگی حمایت اجتماعی با خودتنظیمی مثبت و معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

تحلیل آزمون رگرسیون خطی نشان داد که در مجموع سازه‌های مختلف تئوری شناختی اجتماعی ۱۶ درصد از واریانس رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار مورد مطالعه را تبیین می‌نمایند. از بین سازه‌های مورد بررسی، انتظارات پیامد ($P = 0/039$)، ارزش‌های پیامد ($P = 0/046$)، آگاهی ($P = 0/043$) و خودتنظیمی ($P < 0/001$) سهم معنی‌داری در تبیین واریانس انجام رفتارهای تغذیه‌ای در بین مادران باردار تحت مطالعه بودند. (جدول شماره ۴)

درصد) در زمینه پیشگیری از سوزش سردل، ۲۴۱ نفر (۶۳/۴ درصد) در زمینه پیشگیری از ایجاد ورم در دست پا، ۸۵ نفر (۲۲/۴ درصد) در زمینه پیشگیری از آنمی، ۲۶۰ نفر (۶۸/۴ درصد) در زمینه پیشگیری از عفونت‌های ادراری در حد متوسط و پایین‌تر بود.



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی (درصد) وضعیت مطلوب مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی شرکت‌کنندگان در مطالعه

آماره‌های توصیفی و همچنین ماتریکس ضریب همبستگی بین سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی در جدول شماره

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مشکلات رفتار تغذیه‌ای شرکت‌کنندگان در مطالعه

مشکلات مرتبط با رفتار تغذیه‌ای	تعداد	درصد	یبوست	تعداد	درصد	سوزش سردل	تعداد	درصد	ورم در دست و پا	تعداد	درصد	آنمی	تعداد	درصد	عفونت‌های ادراری	تعداد	درصد	
متوسط و پایین‌تر	۱۵۹	۴۱/۸	۲۲۶	۵۹/۵	۲۴۱	۶۳/۴	۸۵	۲۲/۴	۲۶۰	۶۸/۴	۱۵۹	۴۱/۸	۲۲۶	۵۹/۵	۲۴۱	۶۳/۴	۸۵	۲۲/۴
خوب و بالاتر	۲۲۱	۵۸/۲	۱۵۴	۴۰/۵	۱۳۹	۳۶/۶	۲۹۵	۷۷/۶	۱۲۰	۳۱/۶	۲۲۱	۵۸/۲	۱۵۴	۴۰/۵	۱۳۹	۳۶/۶	۲۹۵	۷۷/۶

جدول شماره ۳: میانگین، انحراف معیار، محدوده قابل اکتساب و ماتریکس ضریب همبستگی پیروان بین سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین (± انحراف معیار)	محدوده نمره قابل اکتساب
میزان دانش درباره رفتارهای تغذیه‌ای	۱						۵/۴۲ (±۰/۹۳)	۰-۷
ارزش‌های پیامد از رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۳۱۵**	۱					۴۲/۶۰ (±۴/۳۱)	۹-۴۵
انتظارات پیامد از رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۰۲۵	-۰/۰۵۰	۱				۳۴/۸۱ (±۶/۲۸)	۹-۴۵
خودکارآمدی درک شده از رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۱۸۱**	۰/۳۰۹**	-۰/۰۲۶	۱			۲۹/۱۰ (±۴/۳۴)	۷-۳۵
میزان حمایت اجتماعی مرتبط با رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۱۹۲**	۰/۳۰۲**	۰/۰۵۵	۰/۴۶۵**	۱		۳۶/۸۴ (±۴/۸۶)	۹-۴۵
میزان خودتنظیمی مرتبط با رفتارهای تغذیه‌ای	۰/۲۳۷**	۰/۲۳۰**	-۰/۰۸۷	۰/۵۷۱**	۰/۴۲۴**	۱	۲۹/۱۸ (±۴/۰۱)	۷-۳۵

** همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره ۴: آنالیز رگرسیون خطی متغیرهای تئوری شناختی اجتماعی برای انجام رفتارهای تغذیه‌ای بین شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرهای مدل	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	شیب خط (β)	فاصله اطمینان		سطح معنی‌داری
				کران بالا	کران پایین	
دانش	۰/۱۰۱	۰/۲۲۵	۰/۴۵۷	۰/۸۹۹	۰/۰۱۴	۰/۰۴۳
انتظارات پیامد	۰/۰۹۹	۰/۰۳۲	۰/۰۶۷	۰/۱۳۰	۰/۰۰۳	۰/۰۳۹
ارزش‌های پیامد	۰/۱۰۳	۰/۰۵۰	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۴۶
خودتنظیمی	۰/۲۷۰	۰/۰۶۳	۰/۲۸۵	۰/۴۱۰	۰/۱۶۰	۰/۰۰۱

بحث

بر پایه جستجوهای انجام‌شده، این مطالعه اولین پژوهش در کشور با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار بر اساس تئوری شناختی اجتماعی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد مشکلات فراوانی در رفتار تغذیه‌ای زنان باردار در دوران بارداری که دوره‌ای بسیار حساس و حائز اهمیت می‌باشد، وجود داشت. به‌گونه‌ای که بیش از نیمی از آنان (۵۱ درصد) مقدار غذای مصرفی‌شان نسبت به قبل از بارداری کاهش و یا تغییری نیافته بود. در مطالعه محمد علیزاده چرن‌دابی و همکاران در کرج بیش از نیمی از رژیم غذایی زنان باردار نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود (۱۶) و در مطالعه Bojar و همکاران در لهستان مقدار غذای مصرفی زنان باردار نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود (۱۷). علت تفاوت‌ها در مقدار غذای مصرفی می‌تواند به دلیل انتخاب نمونه‌ها از زمان‌های مختلف دوران بارداری باشد، از آنجایی که تهوع در اوایل دوران بارداری بیشتر می‌باشد، این امر در میزان دریافت مواد غذایی تأثیر می‌گذارد.

در مطالعه حاضر، دریافت میوه در ۴۴/۷ درصد زنان باردار نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود و اکثر آنها میوه را کمتر از حد بهینه (۳-۴ سهم) مصرف می‌کردند که این یافته با نتایج مطالعه فراهانی‌نیا و همکاران همخوانی داشت (۱۸). در مطالعه Santiago و همکاران در کالیفرنیا مصرف گسترده‌ای از میوه‌های تازه در رژیم غذایی زنان باردار وجود دارد (۱۹). به نظر می‌رسد آگاهی پایین مادران از فواید مصرف این گروه غذایی باعث کاهش مصرف آن شده است.

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از زنان (۵۹/۷ درصد) اظهار داشتند که مصرف سبزیجات آنها نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود. با این وجود، مصرف سبزیجات در اکثر آنها (۷۰/۵ درصد) کمتر از مقادیر توصیه شده بر اساس هرم غذایی بود. این نتایج با نتایج مطالعه بختیاری و همکاران که درصد زیادی از زنان باردار از سبزیجات تازه مصرف می‌کردند؛ همخوانی نداشت. علت بالا بودن مصرف سبزیجات در مطالعه بختیاری و همکاران دسترسی مردم به بازارهای محلی به‌ویژه سبزی‌های تازه با قیمت مناسب و آگاهی خانم‌ها در رابطه با ارزش این ماده غذایی گزارش شده بود (۱). در مطالعه‌ای مشابه بر روی زنان باردار در آمریکا مصرف میوه‌جات بالا (۵۱ درصد) و سبزیجات پایین (۲۴ درصد) بود (۲۰). این مسئله ناشی از عدم دسترسی آسان خانواده‌ها و قیمت بالای آن بوده و قابل توجه می‌باشد.

در مطالعه حاضر، مقدار مصرف گوشت و حبوبات در اکثر زنان کمتر از مقادیر توصیه شده بر اساس هرم غذایی بود. اما مطالعه محمدی نصرآبادی و همکاران نشان داد دریافت گوشت و جانشین‌های آن به طور نسبی بالاتر از مقدار توصیه شده است (۲۱). همچنین در مطالعه نخعی نیز میزان گوشت و حبوبات دریافتی نیز فراتر از میزان توصیه شده روزانه به دست آمده است (۲۲). با عنایت به این‌که اکثر افراد مورد مطالعه (۷۲ درصد) از درآمد متوسط و پایین‌تری برخوردار بودند، این امر در میزان قدرت خرید خانواده در استفاده از این ماده غذایی تأثیرگذار بوده است. در مطالعه حاضر اکثر افراد قرص اسیدفولیک را در دوران بارداری مصرف می‌کردند درحالی‌که نتایج تحقیق کوشکی

ملاحظه‌ای در میزان مصرف میوه و سبزیجات توسط دانش آموزان نداشته باشند و همین امر ضرورت بررسی سایر منابع حمایت اجتماعی از جمله همسالان و رسانه‌ها را طلب می‌نماید. بر اساس نتایج مطالعه حاضر ارزش‌های پیامد رابطه معنی‌داری را جهت انجام رفتارهای تغذیه‌ای نشان داد. در مطالعه کریمی شاهنجرینی و همکاران داشتن احساس خوب، ترجیح مزه و لذت، رضایت خانواده، پیشگیری از بیماری‌های قلبی، دیابت و چاقی و نیز صرفه‌جویی در زمان و هزینه به‌عنوان پیامدهای مصرف غذاهای فوری مطرح شده بود (۲۸). در مطالعه حاضر به دنیا آوردن فرزند سالم، عدم ابتلا به فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان، ترس از به دنیا آوردن فرزند کم‌وزن و دچار مشکلات عصبی و تحمیل هزینه به خانواده به‌عنوان پیامدهای رفتار تغذیه‌ای در معنی‌دار شدن این سازه تأثیرگذار بوده است.

در این مطالعه بین خودتنظیمی و رفتار تغذیه‌ای رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. نتایج مطالعه Fowles و همکاران نشان داد ارتباط قوی و مثبتی بین باور درونی و عادت غذایی مطلوب آنها وجود دارد (۲۹). در مطالعه رضایی و همکاران نیز بین خودتنظیمی و عادت غذایی رابطه مثبت معنادار وجود داشت (۳۰). رفتارهای خودتنظیمی مستلزم آگاهی، مهارت و منابع مختلف است. بر پایه نتایج پژوهش حاضر، بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی جهت انجام رفتارهای تغذیه‌ای رابطه معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه Rojas و همکاران نیز سطح تحصیلات پدر بر مصرف سبزیجات و میوه‌جات و غذاهای حاوی کلسیم نوجوانان مؤثر بوده است. به‌طوری‌که دانش‌آموزانی که پدر آنها تحصیلات بالاتری داشتند، مصرف سبزیجات و میوه‌جات بیشتری داشتند (۲۷).

بعد اجتماعی تئوری شناختی اجتماعی، حمایت اجتماعی است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با انجام رفتارهای تغذیه‌ای نشان داد. در مطالعه Landis و همکاران که با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی، دانش و خودکارآمدی به‌عنوان عوامل

و همکاران نشان داد در زنان باردار سبزواری دریافت انرژی، پروتئین، کلسیم، آهن و اسیدفولیک کمتر از میزان‌های توصیه شده، بوده است (۲۳). در مطالعه حاضر اکثر افراد قرص مولتی‌ویتامین و آهن را به‌طور منظم مصرف می‌کردند. مطالعه Cheng و همکاران در غرب چین نشان داده است که در اکثر زنان باردار مصرف مواد مغذی مانند آهن و فولات که برای بارداری ضروری است از میزان توصیه شده کمتر می‌باشد (۲۴). در مطالعه مشابهی که توسط Swensen و همکاران انجام گرفته است بالاترین کمبود مصرف در رژیم غذایی مادران باردار را کمبود مصرف آهن ذکر کرده و بر لزوم ایجاد مداخلات جهت افزایش مصرف آهن در زنان باردار تأکید کرده است (۲۵). علت این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از آگاهی بالای زنان باردار نسبت به مزایای مصرف مکمل‌ها در دوران بارداری باشد.

با بررسی سازه‌های مختلف تئوری شناختی اجتماعی مشخص گردید که سازه‌های انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد، آگاهی و خودتنظیمی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام رفتار تغذیه‌ای مناسب در بین مادران باردار تحت مطالعه بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین آگاهی و انجام رفتارهای تغذیه‌ای وجود داشت. Powers نیز در مطالعه خود به ارتباط قوی رفتارهای تغذیه‌ای و آگاهی دانش‌آموزان به‌عنوان یکی از سازه‌های مهم نظریه شناختی اجتماعی اشاره می‌نماید. (۲۶). با توجه به اینکه اکثر افراد مورد مطالعه (۵۸ درصد) دارای تحصیلات متوسطه و بالاتری بودند این امر در ارتقاء رفتار تغذیه‌ای آنها تأثیرگذار بوده است.

در این مطالعه انتظارات پیامد همبستگی معنی‌داری را جهت انجام رفتارهای تغذیه‌ای مناسب نشان داد. در مطالعه نجیمی و همکاران نیز انتظارات پیامد همبستگی معنی‌داری را با میزان مصرف میوه و سبزیجات نشان نداد (۲۷). به نظر می‌رسد با توجه به گروه سنی دانش‌آموزان و انتظارات آنان مبنی بر نتایج مفید مصرف میوه و سبزیجات بر سلامت فردی، منابع حمایت اجتماعی مورد بررسی در مطالعه حاضر (والدین و معلمان) نقش قابل

میوه و سبزیجات به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در دانش آموزان گزارش شده است (۲۷). با توجه به اثرات رفتارهای نامناسب تغذیه‌ای بر سلامت مادران باردار و جنین لازم است برنامه‌های آموزشی مداخله‌ای جهت اصلاح عادات و رفتارهای نامطلوب غذایی و تشویق مادران برای ایجاد رفتارهای مناسب طراحی و اجرا شود.

در این مطالعه از پرسشنامه و روش خودگزارش‌دهی استفاده شد که از محدودیت‌های مطالعه به شمار می‌آید. جهت کاهش خطا، در سؤالات مربوط به سهم‌های غذایی، مقدار غذای مصرفی زن باردار توسط پژوهشگر پرسیده شده و در نهایت این مقادیر به صورت سهم محاسبه شده و در پرسشنامه مربوطه یادداشت شد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر آگاهی، انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد و خودتنظیمی را به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده در برنامه‌های آموزش تغذیه مادران باردار مورد پژوهش معرفی می‌نماید تا با طراحی و اجرای مداخله‌های آموزشی بر پایه این عوامل، موجب کاهش مشکلات ناشی از رفتارهای غذایی ناسالم و اصلاح الگوهای نامناسب تغذیه در این قشر جمعیت گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان (شماره ثبت: ۹۳۰۶۲۵۳۱۲۱) و با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه (مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت) انجام پذیرفته است. از همکاری مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و کارکنان محترم مراکز بهداشتی و درمانی شهر تبریز در زمان گردآوری داده‌ها و از مادران باردار شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشته است.

References

1. Bakhtiari A, Sajadi P, Hajian K. [Nutrient consumption pattern in pregnant women referred to health care centers in Babol]. *Journal of Ba-*

مرتبط با رفتار جلوگیری از پوکی استخوان در دختران انجام شده بود، ضریب همبستگی بین خودکارآمدی و مصرف غذاهای حاوی کلسیم ۰/۲۶۹ گزارش شد (۳۱). Baranowski در مطالعه خود نشان داد که حمایت والدین در زمینه فراهم نمودن امکان دسترسی کودکان به میوه و سبزیجات یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در میزان مصرف می‌باشد (۳۲-۳۳). عابدینی و همکاران در پژوهش خود چنین نتیجه‌گیری کردند که آموزش و حمایت مادران باردار برای دریافت کافی مواد غذایی خصوصاً در گروه‌های شاغل و خانواده‌های کم‌درآمد ضروری است (۳۴). در این مطالعه عدم‌حمایت همسران و اعضای خانواده از تغذیه زنان باردار، درآمد پایین خانواده‌ها، عدم آگاهی خانم‌های باردار از کسانی که می‌توانند او را در مورد تغذیه مناسب مورد حمایت قرار دهند و فقدان جزوات آموزشی مناسب مطرح شده بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر تئوری شناختی اجتماعی توانست ۱۶ درصد از واریانس رفتارهای تغذیه‌ای را در زنان باردار مورد مطالعه تبیین نماید. در مطالعه کریمی شاهنجرینی و همکاران سازه‌های این تئوری توانست ۲۱ درصد از واریانس مصرف غذاهای آماده را در زنان مورد مطالعه پیش‌گویی نماید (۲۸). این یافته‌ها در راستای نتایج مطالعات پیشین در استفاده از تئوری شناختی اجتماعی در زمینه پیش‌گویی رفتارهای مختلف تغذیه‌ای است که میزان پیش‌گویی را کمتر از ۳۰ درصد گزارش می‌کنند (۳۵). از بین سازه‌های مورد بررسی در این مطالعه، انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد، آگاهی و خودتنظیمی به‌عنوان بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام رفتار تغذیه‌ای در بین مادران باردار تحت مطالعه رفتار بودند. در مطالعه نجیمی و همکاران سازه‌های خودکارآمدی در موقعیت‌های مشکل، خودکارآمدی در انتخاب میوه و سبزیجات و دسترسی در خصوص مصرف

bol University of Medical Sciences.2007; 9(2):31-7. (Persian)

2. Escott-Stump S, Krause MV, Mahan LK, Raymond JL. Krause's food & the nutrition care process. 13thed. Missouri: Elsevier/Saunders; 2012. p. 132-43.
3. World Health Organization. Nutrition health: Feto-maternal nutrition and low birth weight. 2013. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/feto_mater_nal/en
4. Martin-Gronert MS, Ozanne SE. Maternal nutrition during pregnancy and health of the offspring. *Biochem Soc Trans.*2006; **34**(5):779-82.
5. Kind KL, Moore VM, Davies MJ. Diet around conception and during pregnancy-effects on fetal and neonatal outcomes. *Reprod Biomed Online.*2006; **12**(5):532-41.
6. Gilbert JS, Cox LA, Mitchell G, Nijland MJ. Nutrient restricted fetus and the cardio renal connection in hypertensive offspring. *Expert Rev Cardiovasc Ther.*2006; **4**(2):227-37.
7. Haimov-Kochman R. Fetal programming-the intrauterine origin of adult morbidity. *Harefuah.*2005; **144**(2):97-101.
8. George GC, Hanss-Nuss H, Milani TJ, Free-land-Graves JH. Food choices of low-income women during pregnancy and postpartum. *J Am Diet Assoc.*2005; **105**(6):899-907.
9. Allen LH, Lungaho MS, Shaheen M, Harrison GG, Neumann C, Kirksey A. Maternal body mass index and pregnancy outcome in the nutrition collaborative research support program. *Eur J Clin Nutr.*1994; **48**(3):68-76.
10. Panahandeh Z, Pour Ghasemi M, Asgarnia M. [Body mass index and prenatal weight gain]. *Journal of Gilan University of Medical Sciences.*2006; **15**(57):15-20. (Persian)
11. Delvarian Zadeh M, Ebrahimi H, Bolbol Haghighi N. [Surveying pregnant women's nutritional status and some factors affecting it; in cases referring to Shahrood health-care centers]. *Journal of Birjand University of Medical Science.*2007; **13**(4):9-15. (Persian)
12. Nutbeam D, Harris E. [Theory in a nutshell: A guide to health promotion theory]. Translat: Keshavarz N. Tehran: Boshra Publication; 2010. p: 26-7. (Persian)
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass publisher; 2008.
14. Gaines A, Turner LW. Improving fruit and vegetables intake among children: a review of interventions utilizing the social cognitive theory. *Californian J Health Promot.*2009; **7**(1):52-66.
15. Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Wall MM, 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.
16. Mohammad-Alizadeh S, Kamali M, Ebrahimi Mamaghani M, Asghar Jafarabadi M, Omidi F. [Evaluation of the nutritional behavior of women in first trimester of pregnancy and its relationship with some socio-demographic characteristics of whom referred to health centers in Karaj]. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility.*2012; **15**(18):10-8. (Persian)
17. Bojar I, Wdowiak L, Humeniuk E, Blaziak P. Change in the quality of diet during pregnancy in comparison with WHO and EU recommendations--environmental and sociodemographic conditions. *Ann Agric Environ Med.*2006; **13**(2):281-6.
18. 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 Journal of Nursing.*2013; **25**(80):34-45. (Persian)
19. Santiago SE, Park GH, Huffman KJ. Consumption habits of pregnant women and implications for developmental biology: a survey of predominantly Hispanic women in California. *Nutr J.*2013; **12**:91.
20. Fowles ER, Walker LO. Correlates of dietary quality and weight retention in postpartum women. *J Community Health Nurs.*2006; **23**(3):183-97.
21. Mohammadi M, Amir AliAkbari S, Mohammadi F, Estaki T, Alavi Majd H, Mirmiran P. [Weight Gain and Food Group Consumption Patterns in Pregnant Women of North and East Hospitals of Tehran]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.*2011; **12**(6):609-17. (Persian)
22. Nakhaei M, Almasi-Hashyani A, Ebrahimzadehkor B. [The nutritional status of pregnant mothers referring to hospitals in Arak on the basis of anthropometric measurements and dietary intakes]. *Arak Medical University Journal.*2013; **16**(4):54-61. (Persian)
23. Kooshki A, Yaghoobifar MA, Rahnama Rahsepa F. [Comparison of energy and nutrient intakes in pregnant women in sabzevar with dietary reference intakes]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.*2009; **12**(1):49-53. (Persian)

24. Cheng Y, J Dibley MJ, Zhang X, Zeng L, Yan H. Assessment of dietary intake among pregnant women in a rural area of western China. *BMC Public Health*.2009; **9**:222.
25. Swensen AR, Harnack LJ, Ross JA. Nutritional assessment of pregnant women enrolled in the special supplemental program for women, infants, and children (WIC). *J Am Diet Assoc*.2001; **101**(8):903-8.
26. Powers AR, Struempfer BJ, Guarino A, Parmer SM. Effects of a nutrition education program on the dietary behavior and nutrition knowledge of second-grade and third-grade students. *J Sch Health*.2005; **75**(4):129-33.
27. Najimi A, Ghaffari M, Alidousti M. [Social cognitive correlates of fruit and vegetables consumption among students: a cross-sectional research]. *Pajoohandeh*.2012; **17**(2):81-6. (Persian)
28. Beiranvandpour N, Karimi-Shahanjarini A, Rezapur-Shahkolai F, Moghimbeigi A. [Factors affecting the consumption of fast foods among women based on the Social Cognitive Theory]. *Journal of Education and Community Health*.2014; **1**(1):19-26. (Persian)
29. Fowles ER, Gabrielson M. First trimester predictors of diet and birth outcomes in low-income pregnant women. *J Community Health Nurs*.2005; **22**(2):117-30.
30. Rezaei AM, Esfandiari F. Investigate the relationship between attitudes and self-regulation of eating in obese and normal lifestyle. *Journal of Women and Society*.2010; **1**(1):115.
31. Ievers-Landis CE, Burant Ch, Drotar D, Morgan L, Trapl E, Kwok K. Social support knowledge and self-efficacy as correlates of osteoporosis preventive behaviors among preadolescent females. *J Pediatr Psychol*.2003; **28**(5):333-45.
32. Baranowski T, Watson K, Missaghian M, Broadfoot A, Cullen K, Nicklas T, et al. Social support is a primary influence on home fruit, 100% juice, and vegetables availability. *J Am Diet Assoc*.2008; **108**(7):1231-5.
33. Baranowski T, Missaghian M, Broadfoot A, Watson K, Cullen K, Nicklas T, et al. Fruit and vegetables shopping practices and social support scales: a validation. *J Nutr Educ Behav*.2006; **38**(6):340-51.
34. Abedini Z, Ahmari Tehran H, Gaini M, Khoramirad A. [Dietary food intake of pregnant women based on food guide pyramid and its related factors]. *Iranian Journal of Nursing*.2011; **24**(73):36-40. (Persian)
35. Guillaumie L, Godin G, Vézina-Im LA. Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*.2010; **7**:12.

*Research Article***Using Social Cognitive Theory to Determine Factors Predicting Nutritional Behaviors in Pregnant Women Visiting Health Centers in Tabriz, Iran**Motahareh Jalili (MSc)¹, Majid Barati (PhD)², Saeed Bashirian (PhD)^{3*}¹ Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.² Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.³ Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received 16 Dec. 2014

Accepted 21 Feb. 2015

Abstract

Background and Objectives: Women's nutrition during pregnancy is a key determinant of maternal and fetal health. Therefore, the current study used the social cognitive theory (SCT) to determine factors predicting the nutritional behaviors of pregnant women in Tabriz, Iran.

Materials and Methods: This analytic study applied multistage random sampling to select 380 pregnant women who visited health centers in Tabriz during 2014. Data were collected using the Nutritional Behavior Questionnaire and a researcher-made questionnaire on the constructs of the SCT (knowledge, outcome expectations, outcome expectancies, self-efficacy, social support, and self-regulation). The questionnaires were completed through interviews and self-reports. Pearson's correlation and linear regression analyses were performed to analyze the data in SPSS₂₀.

Results: The participants' mean age was 27 years. Among the different constructs of the SCT, outcome expectations (P=0.039), outcome expectancies (P=0.046), knowledge (P=0.043), and self-regulation (P=0.001) had significant roles in explaining the variance in nutritional behaviors of pregnant women. These factors could in fact predict 16% of the variance in nutritional behavior. Bread and cereals, meat and beans, fruits, and vegetables consumption were below the recommended level in 54.5%, 73.2%, and 55.3%, and 70.5% of the subjects, respectively.

Conclusion: Based on our findings, knowledge, outcome expectations, outcome expectancies, and self-regulation can be used in the development of educational interventions to promote healthy nutritional behaviors in pregnant women.

Keywords: Nutrition; Pregnant Women; Behavior; Social Cognitive Theory

Corresponding Author: Saeed Bashirian, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Shahid Fahmideh Ave., Hamadan, Iran. Email: S_bashirian@yahoo.com, Tel: +9881-38380090

Please cite this article as: Jalili M, Barati M, Bashirian S. [Using Social Cognitive Theory to Determine Factors Predicting Nutritional Behaviors in Pregnant Women Visiting Health Centers in Tabriz, Iran]. *Journal of Education and Community Health*.2015; 1(4):11-21.