

بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح در زنان: مطالعه‌ای مبتنی بر مدل ارتقاء سلامت پندر: ۱۳۹۵

دکتر محمد تاجفرد^۱، دکتر محمد واحدیان شاهرودی^۱، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی^۲، نسرين عليزاده^۳، زهرا حسینی خوشان^{۴*}

۱. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. کارشناس تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸

خلاصه

مقدمه: عادات غذایی غلط علت ۲۰٪ کل سرطان‌ها در کشورهای در حال توسعه است (۱). تغذیه مناسب، عدم استعمال دخانیات و فعالیت بدنی منظم، اجزای اصلی پیشگیری از بیماری‌های مزمن می‌باشند (۲)، بنابراین توجه به رعایت تغذیه صحیح، امری ضروری می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح در زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۶۵ نفر از زنان ۶۰-۱۸ ساله شهر بجنورد انجام گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مدل ارتقاء سلامت انجام گرفت. داده‌های گردآوری شده شامل خصوصیات فردی، خودکارآمدی درک شده، احساسات، منافع درک شده، موانع درک شده، تأثیر گذارنده‌های بین فردی، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی، تعهد به طرح عمل و پیامدهای رفتاری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو، ضریب همبستگی، آنالیز واریانس یک طرفه، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: رفتارهای تغذیه صحیح در زنان با عواملی نظیر تحصیلات ($p=0/04$)، وضعیت تأهل، ($p=0/03$) و میزان درآمد ($p<0/0001$) ارتباط معنی‌داری داشت، در حالی که با فاکتور وضعیت اشتغال ارتباط معنی‌داری نداشت ($p=0/007$). سازه‌های خودکارآمدی درک شده ($p=0/01$)، موانع درک شده ($p=0/04$) و پیامدهای رفتاری ($p=0/002$) با رفتارهای صحیح تغذیه در زنان ارتباط معنی‌داری داشتند. ۲۸۲ نفر (۷۷/۳۶٪) از افراد مورد مطالعه در زمینه برنامه‌هایی غذایی خودکارآمد بودند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر کارایی مدل ارتقاء سلامت را در پیشگویی اتخاذ رفتارهای صحیح تغذیه در زنان نشان داد، از این رو این مدل می‌تواند به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات آموزشی استفاده شود.

کلمات کلیدی: تغذیه، خودکارآمدی، مدل ارتقاء سلامت، منافع درک شده، موانع درک شده

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا حسینی خوشان؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۸-۳۲۲۴۳۷۹۲؛ پست الکترونیک: hoseiniz921@mums.ac.ir

مقدمه

انسان سالم محور توسعه پایدار در هر کشور به شمار می‌آید. بدون شک رشد و توسعه در سایه پرورش نسلی سالم محقق می‌گردد؛ نسلی که توانمندی کار فکری و جسمی مناسب را داشته باشد که بخش مهمی از آن از طریق بهبود شرایط تغذیه‌ای جامعه امکان‌پذیر خواهد شد (۳). تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی منظم و عدم استعمال دخانیات، اجزاء اصلی پیشگیری از بیماری‌های مزمن می‌باشند. با از بین رفتن این عوامل، ۸۰٪ بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت تیپ ۲ و ۴۰٪ سرطان‌ها کاهش می‌یابند (۲).

شرایط جدید زندگی و تغییر عادات غذایی، مخاطرات زیادی را برای سلامت سلول‌های بدن به وجود آورده است. شیوع بیماری‌های مرتبط با تغذیه به اندازه‌ای است که بی‌توجهی به آن می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری را برای جامعه به بار آورد (۴). گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ در زمینه سیاست‌های تغذیه‌ای کشورهای جهان بیان نموده است که ۷۵٪ کشورها برنامه‌هایی در زمینه موضوعات کلیدی تغذیه‌ای دارند (۵).

مطالعه تورستن (۲۰۱۴) که بر روی ۱۵۳۷۱ نفر آلمانی با هدف ارزیابی مصرف مواد غذایی و عوامل دیگری از رفتارهای تغذیه‌ای انجام گرفت، نشان داد که جمعیت آلمانی به اندازه کافی از مواد غذایی گیاهی و سبزیجات استفاده نمی‌کنند، در صورتی که مصرف گوشت و تولیدات گوشتی در آنان بیشتر است و مصرف نان و غلات، آرمیوه و دانه‌ها در آلمان بالا است. مصرف مواد غذایی در آلمان با سطح اقتصادی - اجتماعی ارتباط دارد (۶).

از نظر وضعیت تغذیه خانوارها در ایران، مطالعه حشمت و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی ۱۴۱۳۶ نفر انجام شد، نشان داد که ۷۲/۹٪ از خانوارهای ایرانی به صورت روزانه میوه، ۶۰/۵٪ به صورت روزانه سبزی تازه و ۸۴/۳٪ به صورت روزانه از شیر، ماست و پنیر استفاده می‌کنند. همچنین ۵۵/۸۵٪ از خانوارها برای پخت‌وپز از روغن نباتی مایع و ۵۶٪ خانوارها برای سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردنی استفاده می‌کنند (۳). همچنین

در مطالعه حشمت و همکاران (۲۰۱۴) در استان خراسان شمالی، ۳۰/۵٪ خانوارها به صورت روزانه میوه، ۲۱/۹٪ سبزی تازه و ۴۱/۲٪ شیر، ماست و پنیر مصرف می‌کردند. مصرف ماهی به صورت روزانه صفر و به صورت هفتگی ۲۱/۱٪ بود. مصرف نوشابه‌های گازدار ۱/۸٪، مصرف سوسیس و کالباس به صورت هفتگی ۱۵/۱٪، مصرف روغن مایع برای پخت‌وپز ۲۲/۸٪ و روغن سرخ کردنی ۲۶٪ بود (۷). مطالعه کوشکی و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۵۶۱ نفر زن باردار سبزواری با هدف مقایسه دریافت انرژی و مواد مغذی انجام گردید، نشان داد که میانگین دریافت انرژی و مواد مغذی در زنان باردار ناکافی است و این مطالعه پیشنهاد کرد که دادن آموزش‌های تغذیه‌ای در این دوران و اجرای برنامه‌های حمایت از زنان توسط مسئولین ضروری به نظر می‌رسد (۸).

با توجه به مشکلاتی که در ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به خصوص رفتارهای تغذیه‌ای وجود دارد، لازم است که از الگوها و نظریه‌ها استفاده شود تا راهنمایی برای کشف فرآیندهای مرتبط با سلامت باشد که یکی از الگوهای جامع، مدل ارتقای سلامت پندار می‌باشد (۹). این مدل شامل سه گروه سازه اصلی و چند زیر سازه می‌باشد (۱۰). بنابراین با توجه به تغییر سبک زندگی و تغییر عادات غذایی و افزایش بار بیماری‌های مرتبط با تغذیه از طرفی و از طرف دیگر با توجه به اهمیت سلامت زنان به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر و با توجه به نقش مهم آنان در حفظ سلامت سایر اعضای خانواده، این گروه از جامعه به عنوان یک گروه هدف مناسب برای انجام پژوهش می‌باشند که مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح در زنان انجام شد تا بتواند در ارائه راهکارهای مناسب جهت مداخلات تغذیه‌ای در راستای بهبود وضعیت تغذیه زنان بجنورد در استان و کشور مؤثر باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۶۵ از زنان ۶۰-۱۸ ساله شهر بجنورد انجام گرفت.

حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و استفاده از مطالعات مشابه انجام شده توسط کریمی و همکاران (۱۱) و با اطمینان ۹۵٪ و ضریب خطای ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه در مطالعات توصیفی، ۳۶۵ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مؤنث بودن، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال و رضایت فرد شرکت‌کننده برای پرکردن پرسشنامه و معیار خروج از مطالعه، عدم رضایت شرکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش بود. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی و سؤالات مربوط به سازه‌های مدل بود، استفاده گردید.

در طراحی پرسشنامه محقق ساخته سازه‌های مدل از پرسشنامه محمدیان (۹)، پرسشنامه حسین‌نژاد (۱۲)، پرسشنامه بهمن‌پور (۱۳) و همچنین از پرسشنامه سالی (۱۴) و پرسشنامه استاندارد تغذیه استفاده شد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه پایلوت به تعداد ۳۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه صورت گرفت که سازه تجزیه‌یابی و خصوصیات فردی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰، خودکارآمدی ۰/۹۳، احساسات ۰/۹۲، منافع درک شده ۰/۹۴، موانع درک شده ۰/۸۶، تأثیر گذارنده‌های بین فردی ۰/۹۶، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی ۰/۷۲ و پیامدهای رفتاری ۰/۸۸ به‌دست آمد و جهت سنجش روایی از پانل متخصصین استفاده شد که شاخص روایی محتوی (CVI) سه معیار سادگی و روان بودن، مربوط بودن یا اختصاصی بودن و وضوح یا شفاف بودن را در مقیاس لیکرت (کاملاً مربوط است رتبه ۴، مربوط است رتبه ۳، نسبتاً مربوط است رتبه ۲ و مربوط نیست رتبه ۱) محاسبه می‌کند. در این پژوهش نمره شاخص روایی محتوای بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تشخیص داده شد. نمره CVI بین ۰/۷۹-۰/۷۰ سؤال برانگیز بوده و به اصلاح و بازنگری و نمره کمتر از ۰/۷۰ غیر قابل قبول بوده و حذف شد.

پس از انجام اصلاحات لازم در این پژوهش، نمره شاخص روایی محتوی (CVI) سازه تجربیات و خصوصیات فردی ۰/۹۳، خودکارآمدی ۰/۹۶، احساسات ۰/۹۲، منافع درک شده ۰/۹۶، موانع درک شده ۰/۹۵، تأثیر گذارنده‌های

بین فردی ۰/۸۹، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی ۰/۹۵، تعهد به طرح عمل ۱ و نمره سازه پیامدهای رفتاری ۰/۹۷ می‌باشد. همچنین در این پژوهش برای بررسی نسبت روایی محتوی (CVR) از معیار ضروری بودن استفاده شد که CVR سازه تجربیات و خصوصیات فردی ۰/۸۴، سازه خودکارآمدی درک شده ۰/۸۰، سازه تأثیر گذارنده‌های بین فردی ۰/۸۰، سازه تأثیر وضعیتی و سازه تعهد به طرح عمل ۱ و سازه پیامدهای رفتاری ۰/۹۰ می‌باشد.

برای انجام این مطالعه، پس از موافقت‌های اصولی با طرح پژوهشی از دانشکده بهداشت و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارائه آن به معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و هماهنگی لازم با فرمانداری، پرسشنامه‌ها توسط یک پرسشگر زن و یک پرسشگر مرد در درب منازل در ۲۰ خوشه (در هر خوشه ۱۸ پرسشنامه و در ۵ خوشه ۱۹ پرسشنامه) تکمیل گردید.

در این مطالعه نمونه‌گیری به‌روش خوشه‌ای در ۲۰ پایگاه بهداشتی در سطح شهر انجام شد و در محدوده هر پایگاه یک خوشه انتخاب گردید. سپس با مراجعه به پایگاه و مشخص شدن جمعیت هر منطقه، سرخوشه بر اساس قانون نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و خانوار سرخوشه به‌عنوان اولین نمونه خوشه مشخص و سپس بر اساس قانون دست راست تا زمانی که تعداد نمونه‌ها در آن خوشه تکمیل می‌گردید، به درب منازل مراجعه و پرسشنامه‌ها تکمیل می‌شد. از نظر اخلاقی به تمام زنان مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی می‌ماند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها نتایج تجزیه و تحلیل گردید. در این مطالعه متغیر مستقل پژوهش، رفتارهای تغذیه صحیح و متغیرهای وابسته، تمام سازه‌های مدل ارتقاء سلامت شامل: تجربیات و خصوصیات فردی، خودکارآمدی درک شده، احساسات، منافع درک شده، موانع درک شده، تأثیر گذارنده‌های بین فردی، تأثیر گذارنده‌های وضعیتی، تعهد به طرح عمل و پیامدهای رفتاری بود. همچنین متغیرهای تحت نظر گرفته شده شامل متغیرهای کمی (سن، تعداد فرزند، قد، وزن) و متغیرهای کیفی (سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، میزان درآمد، سابقه ابتلاء به

سال، میانگین وزن افراد مورد مطالعه $65/82 \pm 12/67$ کیلوگرم، میانگین قد افراد مورد مطالعه $160/82 \pm 6/15$ سانتی متر بود. بیشترین مدرک تحصیلی افراد مورد مطالعه بالاتر از دیپلم ($27/4\%$) و کمترین آنها دبیرستانی ($3/8\%$) بود. اکثر افراد مورد مطالعه یعنی 303 نفر (83%) متأهل بودند، 42 نفر ($11/5\%$) هرگز ازدواج نکرده، 2 نفر (5%) مطلقه و 18 نفر ($4/9\%$) بیوه بودند. از نظر اشتغال 310 نفر ($84/9\%$) خانه دار و 55 نفر ($15/1\%$) شاغل بودند. از لحاظ وضعیت مسکن، 199 نفر ($54/5\%$) شخصی و 166 نفر ($45/5\%$) استیجاری بودند. از لحاظ سطح درآمد اکثر افراد یعنی 222 نفر ($60/8\%$) درآمد متوسط، 136 نفر ($37/3\%$) درآمد کم و 7 نفر ($1/9\%$) درآمد زیاد داشتند.

رفتارهای تغذیه صحیح در زنان با عواملی نظیر میزان تحصیلات ($p=0/04$)، وضعیت تأهل ($p=0/03$)، میزان درآمد ($p<0/0001$) و وضعیت اشتغال ($p=0/007$) ارتباط معنی داری داشت، در حالی که با فاکتورهای تعداد فرزندان ($p=0/55$) و نوع مسکن ($p=0/34$) ارتباط معنی داری نداشت.

بیماری) بود که برای ارزیابی تک تک متغیرها از سوالات پرسشنامه استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه 24) و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. جهت بررسی همگنی داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل و کای دو، برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل شاخصه‌های تمایل مرکزی و پراکندگی، میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی، به منظور تعیین ارتباط میان متغیرهای کمی غیر نرمال از ضریب همبستگی، برای مقایسه دو به دوی میانگین متغیرهای چند گروهه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، جهت بررسی ارتباط متغیرهای اصلی الگوی ارتقاء سلامت با یکدیگر و همچنین تعیین قدرت پیشگویی‌کنندگی سازه‌های الگوی آموزشی از همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی 365 نفر از زنان $60-18$ ساله انجام گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $35/65 \pm 11/82$

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند و ارتباط این متغیرها با آگاهی و رفتار فعلی

متغیر	تعداد	درصد	آگاهی		
			انحراف معیار \pm میانگین	رفتار فعلی (تغذیه) انحراف معیار \pm میانگین	
سطح تحصیلات	بیسواد	57	15/6	$2/5 \pm 1/4$	$30/6 \pm 8/2$
	ابتدایی	60	16/4	$3/7 \pm 1/5$	$35/6 \pm 8/9$
	راهنمایی	38	10/4	$3/9 \pm 1/3$	$37/8 \pm 7/07$
	دبیرستان	14	3/8	$4/7 \pm 1/4$	$36/7 \pm 5/8$
	دیپلم	96	26/3	$4/2 \pm 1/5$	$35/8 \pm 9/05$
	دانشگاه	100	27/4	$4/8 \pm 1/6$	$37/6 \pm 7/7$
				$X^2=72/4$	$X^2=111/38$
				$p<0/001$	$p=0/04$
وضعیت تأهل	متأهل	303	83	$4/01 \pm 1/7$	$36/09 \pm 8/4$
	هرگز ازدواج نکرده	42	11/5	$4/5 \pm 1/5$	$34/3 \pm 9/4$
	مطلقه	2	0/50	$3/5 \pm 2/1$	$28/5 \pm 4/9$
	بیوه	18	4/9	$3/3 \pm 1/5$	$34/2 \pm 8/6$
					$X^2=12/7$
				$P<0/001$	$p=0/03$
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	310	84/9	$3/9 \pm 1/6$	$35/3 \pm 8/6$
	شاغل	55	15/1	$4/8 \pm 1/8$	$38/03 \pm 7/4$

نتیجه آزمون*	Z = -۳/۵۵ p < ۰/۰۰۱	Z = -۲/۶۹ p = ۰/۰۰۷
یک فرزند	۳/۷ ± ۰/۵	۳۹/۵ ± ۶/۷
۲ فرزند	۴/۲ ± ۱/۹	۳۶/۳ ± ۸/۹
۳ فرزند	۴/۰۹ ± ۱/۹	۳۹/۵ ± ۸/۳
۴ فرزند	۳/۹ ± ۱/۵	۳۴/۷ ± ۸/۸
۵ فرزند	۳/۹ ± ۱/۶	۳۵/۲ ± ۶/۷
۵-۱۰ فرزند	۳/۷ ± ۱/۵	۳۵/۹ ± ۹/۲
نتیجه آزمون**	X ² = ۳/۰۱ p = ۰/۶۱	X ² = ۳/۹ p = ۰/۵۵

تعداد فرزندان

بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را داشتند. پیامدهای رفتاری با (rs=۰/۵۰) (p<۰/۰۰۰۱) و تعهد به طرح عمل با (rs=۰/۴۶) (p<۰/۰۰۰۱) بیشترین همبستگی را با رفتار تغذیه‌ای داشتند. این نتایج نشان داد که پیامد حاصل از تصمیم‌گیری و آمادگی برای عمل و همچنین اطمینان به خود در انجام موفقیت‌آمیز رفتار بهداشتی بیشترین تأثیر را بر انجام آن رفتار دارد.

در بین سازه‌ها بالاترین میانگین مربوط به سازه تجربیات و خصوصیات فردی (۳۵/۷±۸/۵) و کمترین میانگین مربوط به سازه تعهد به طرح عمل (۳/۲±۲/۳) بود (جدول ۱). تمام سازه‌های تغذیه‌دارای توزیع غیرنرمال بودند. با توجه به محاسبه ضریب رگرسیون، سازه پیامدهای رفتاری با ضریب رگرسیون ۱/۱۴ و خودکارآمدی درک شده با ضریب رگرسیون ۰/۶۰

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و میانه سازه‌های تغذیه

سازه	میانگین	انحراف معیار	میانه
تجربیات و خصوصیات فردی	۳۵/۷	۸/۵	۳۶
خودکارآمدی درک شده	۱۸/۴	۴/۹	۱۹
احساسات	۱۴/۰۳	۲/۷	۱۴
منافع درک شده	۲۵/۰۸	۴/۴	۲۵
موانع درک شده	۱۵/۶	۳/۸	۱۶
تأثیر گذارنده‌های بین فردی	۱۷/۰۵	۳/۹	۱۷
تأثیر گذارنده‌های وضعیتی	۵/۸	۱/۸	۶
تعهد به طرح عمل	۳/۲	۲/۳	۳
پیامدهای رفتاری	۶/۶	۳/۷	۶

نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا سه چهارم لیوان آبمیوه تازه و طبیعی، ۸۱ نفر (۲۲/۲٪) حداقل ۲ بار سبزی و سالاد به‌صورت روزانه (که هر واحد سبزی برابر است با ۱ لیوان سبزی‌های خام برگ‌داری نصف لیوان سبزی‌های پخته یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا و هویج خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط) و ۷ نفر (۱/۶٪) از افراد مورد مطالعه حداقل ۲ بار در هفته ماهی تازه استفاده می‌کردند. ۲۴۴ نفر (۶۶/۶٪) از افراد به‌طور

یافته‌های مربوط به متغیرهای هر سازه

در سازه رفتارهای مرتبط فعلی، ۹۵ نفر (۲۶/۳٪) از افراد مورد مطالعه روزانه حداقل ۲ واحد از گروه شیر و لبنیات (که یک واحد از این گروه برابر است با یک لیوان شیر یا ماست کم‌چرب یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت یا یک چهارم لیوان کشک یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه)، ۱۵۳ نفر (۴۱/۶٪) روزانه حداقل ۲ واحد میوه (که هر واحد از این گروه برابر است با یک عدد میوه متوسط یا نصف گریب فروت یا نصف لیوان میوه‌های ریز مانند توت یا

در سازه‌های تأثیر گذارنده‌های وضعیتی؛ ۱۹۲ نفر (۵۲/۶٪) از افراد مورد مطالعه تاکنون در رابطه با تغذیه آموزش دیده بودند که بیشترین درصد از کانال رسانه‌های جمعی (۲۴/۱٪) و سپس نیروهای بهداشتی (۱۸/۴٪) و کمترین آن از طریق دوستان بود. ۱۲۵ نفر (۳۴/۲٪) از افراد مورد مطالعه تمایل داشتند در رابطه با گروه‌های غذایی، ۱۳۴ نفر (۳۶/۷٪) در رابطه با طبخ غذا، ۴۶ نفر (۱۲/۶٪) در رابطه با نگهداری غذا و ۵۳ نفر (۱۴/۵٪) در مورد سایر موضوعات آموزش‌های لازم را ببینند.

در سازه مقیاس تعهد به طرح عمل؛ فقط ۲۵ نفر (۶/۸٪) برای تغذیه دارای یک برنامه منظم بودند و ۲۷ نفر (۷/۴٪) همیشه متعهد به رعایت برنامه تغذیه خود بودند. در سازه پیامدهای رفتاری؛ فقط ۱۶ نفر (۴/۴٪) از افراد مورد مطالعه برای داشتن یک تغذیه صحیح اول هفته برنامه‌ریزی می‌کردند و فقط ۲۴ نفر (۶/۶٪) از افراد مورد مطالعه از سایر هزینه‌های زندگی کم و به هزینه تغذیه اضافه می‌کردند. تنها ۶۷ نفر (۱۸/۴٪) از افراد کیفیت غذا برایشان مهم‌تر از طعم غذا بود. در رابطه با اطلاعات افراد مورد مطالعه در زمینه تغذیه، ۱۷۴ نفر (۴۷/۷٪) در زمینه تغذیه اطلاعات داشتند.

بحث

با توجه به اینکه تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است و تغذیه صحیح یکی از سه جزء مهم در پیشگیری از بیماری‌های مزمن می‌باشد، بنابراین تغذیه مناسب و عادات تغذیه‌ای صحیح، مناسب‌ترین راه پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها و تأمین سلامت افراد می‌باشد (۲).

مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح در زنان انجام شد که نتایج پژوهش حاکی از پایین بودن میزان مصرف گروه‌های غذایی افراد مورد مطالعه است که نتایج این مطالعه با مطالعه قلی‌زاده (۲۰۱۰) (۱۵) و تورستن (۲۰۱۴) (۶) همخوانی داشت، ولی نتایج این مطالعه با مطالعه حشمت و همکاران در کشور مطابقت نداشت و این نشان‌دهنده این است که خراسان شمالی از میانگین کشوری در

منظم و روزانه صبحانه و ۷۷ نفر (۲۱/۱٪) به‌صورت روزانه از میان وعده استفاده می‌کردند.

در رابطه با روغن مصرفی خانوار، ۱۲۰ نفر (۳۲/۶٪) از افراد برای پخت‌وپز همیشه از روغن مایع و ۹۹ نفر (۲۷/۴٪) همیشه از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن استفاده می‌کردند. از نظر نحوه طبخ غذا در منزل، ۲۵ نفر (۶/۸٪) از افراد مورد مطالعه همیشه به‌صورت آب‌پز یا بخارپز بود. ۲۰۱ نفر (۵۵/۳٪) از افراد مورد مطالعه در طول هفته از فست فود و غذاهای آماده و ۱۱۳ نفر (۳۱٪) از افراد در هنگام صرف غذا همیشه از نوشیدنی‌های گازدار یا نوشابه استفاده می‌کردند. ۸۱ نفر (۲۲/۲٪) همیشه و ۴۰ نفر (۱۱٪) اغلب اوقات سر سفره هنگام صرف غذا نمکدان می‌گذاشتند.

در سازه خودکارآمدی درک شده؛ ۲۳۴ نفر (۶۴/۴٪) از افراد مورد مطالعه فکر می‌کردند می‌توانند مصرف سوسیس و کالباس را از برنامه غذایی خود حذف کنند. ۱۲۴ نفر (۳۳/۷٪) فکر می‌کردند که می‌توانند به جای روغن جامد از روغن مایع در برنامه غذایی استفاده نمایند، ۴۲ نفر (۱۱/۵٪) فکر می‌کردند می‌توانند مصرف ماهی حداقل ۲ بار در هفته داشته باشند و ۱۳۷ نفر (۳۷/۵٪) فکر می‌کردند می‌توانند نمکدان را از سر سفره همیشه حذف کنند.

در سازه احساسات؛ ۳۳۵ نفر (۹۱/۸٪) از افراد مورد مطالعه از اینکه در منزل جهت اعضاء خانواده خود غذای سالم بپزند احساس خوبی داشتند و ۱۸۰ نفر (۴۹/۳٪) از افراد مورد مطالعه احساس می‌کردند لیبنیات کم‌چرب بدمزه هستند. ۲۳۸ نفر (۶۵/۲٪) از افراد مورد مطالعه احساس می‌کردند روغن مایع موجب بد طعم شدن غذا می‌شود.

در سازه منافع درک شده؛ ۱۵۰ نفر (۴۱/۲٪) از افراد مورد مطالعه منافع تغذیه صحیح و تأثیر آن بر سلامت را می‌دانستند.

در سازه موانع درک شده؛ ۵۰ نفر (۱۳/۶٪) از افراد مورد مطالعه موانعی از قبیل کمبود وقت، کمبود آگاهی و قیمت گران برخی مواد غذایی را جهت رعایت صحیح برنامه‌های تغذیه داشتند.

مصرف شیر و لبنیات و میوه و سبزی و ماهی پایین تر است.

در این مطالعه رفتار فعلی تغذیه‌ای، بیشترین همبستگی (همبستگی اسپیرمن) را به ترتیب با پیامدهای رفتاری ($r_s=0/50$)، ($p<0/0001$)، تعهد به طرح عمل ($r_s=0/46$)، ($p<0/0001$) و خودکارآمدی درک شده ($r_s=0/42$)، ($p<0/0001$) داشت، این نتایج نشان داد که پیامد حاصل از تصمیم‌گیری و آمادگی برای عمل و همچنین اطمینان به خود در انجام موفقیت‌آمیز رفتار بهداشتی، بیشترین تأثیر را بر انجام آن رفتار دارد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سازه‌های خودکارآمدی درک شده و پیامدهای رفتاری، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها بودند که نتایج آن با مطالعه بهمن‌پور و همکاران (۲۰۱۱) و چناری و همکاران (۲۰۱۳) و در زمینه خودکارآمدی با مطالعه سلحشوری و همکاران (۲۰۱۵) مطابقت داشت (۱۳، ۱۶، ۱۷).

در رابطه با مصرف روغن مایع، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان مصرف روغن مایع (به‌صورت همیشه) و استفاده از روغن سرخ‌کردنی جهت سرخ‌کردن نسبت به سال‌های قبل افزایش داشته است که با مطالعه اکبری (۲۰۰۸) و دلشاد (۲۰۰۶) همخوانی نداشت (۱۸، ۱۹). نتایج مطالعه در رابطه با روش دریافت آموزش تغذیه صحیح در خانوارها نشان داد که صدا و سیما و واحدهای بهداشتی به ترتیب مهم‌ترین منابعی هستند که خانوارها اطلاعات تغذیه‌ای را دریافت می‌کنند که نتایج آن با مطالعه حشمت و همکاران (۲۰۱۴) مطابقت داشت (۷). نتایج مطالعه نشان داد که ۱۵۰ نفر (۴۱/۲٪) از افراد منافع حاصل از تغذیه صحیح را درک کرده‌اند که با مطالعه رهایی و همکاران (۲۰۱۱) و طل و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت داشت (۲۰، ۲۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در زمینه موانع موجود، ۵۰ نفر (۱۳/۶٪) از افراد مورد مطالعه یک‌سری موانع جهت رعایت صحیح برنامه‌های تغذیه‌ای داشتند که در صورت امکان با هماهنگی با مدیران ارشد می‌توان در جهت رفع موانع اقدام نمود.

در مطالعه حاضر ۱۹۲ نفر (۵۲/۶٪) افراد در رابطه با تغذیه آموزش دیده بودند که نیاز به آموزش در این

زمینه همچنان وجود دارد و آموزش‌ها به‌خصوص از طریق پرسنل بهداشتی باید افزایش یابد. در رابطه با داشتن یک برنامه صحیح جهت تغذیه، متأسفانه فقط ۲۵ نفر (۶/۸٪) از افراد مورد مطالعه برنامه‌ریزی داشتند که در این زمینه نیز حتماً باید مداخله انجام گیرد. در رابطه با اهمیت داشتن کیفیت غذایی بر طعم غذا، فقط ۳۱ نفر (۸/۴٪) افراد برایشان مهم بود که باید در این زمینه حتماً برنامه‌ریزی لازم و آموزشات لازم داده شود.

مهم‌ترین نقاط قوت این مطالعه، انتخاب نمونه‌ها از تمام مناطق شهر و استفاده از مدل ارتقاء سلامت بود. محدودیت مطالعه حاضر این بود که پژوهش فقط در جامعه زنان انجام شد.

بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه بر اساس مدل پندر که سازه‌های مؤثر برای تغییر رفتار تغذیه زنان را مشخص کرده و با توجه به وضعیت نامطلوب رفتارهای تغذیه‌ای زنان در این مطالعه و نقش مهم آنان در حفظ سلامت سایر اعضای خانواده، لزوم توجه به این قشر از جامعه به عنوان یک گروه هدف مناسب برای ارتقاء رفتارهای تغذیه‌ای احساس می‌شود و باید در ارتقاء رفتارهای تغذیه‌ای به استراتژی‌های افزایش خودکارآمدی و پیامدهای رفتاری تأکید شود. همچنین با توجه به اینکه نقش فرهنگ و آموزش در رفتارهای تغذیه نیز مهم است، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های تکمیلی در زمینه تغذیه با استفاده از این مدل و سایر مدل‌ها انجام شود تا انشا... بتوان مداخلات لازم را طراحی نمود. همچنین مطالعه حاضر کارایی مدل ارتقاء سلامت را در پیشگویی اتخاذ رفتارهای صحیح تغذیه در زنان نشان داد.

نتیجه‌گیری

برای ارتقاء رفتارهای تغذیه در زنان لازم است که به استراتژی‌های افزایش خودکارآمدی و پیامدهای رفتاری تأکید شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از زنان شهر بجنورد و از تمام افرادی که به نحوی ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Abdollahi Z. Services in the prevention and control NCDS: ministry of health and treatment. Tehran: Ministry's Deputy for Improving Nutrition; 2016.
2. World Health Organization. Chronic disease. Who org/chronic disease. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Ahadi Z, Heshmat R, Sanaei M, Shafiee G, Ghaderpanahi M, Homami MR, et al. Knowledge, attitude and practice of urban and rural households towards principles of nutrition in Iran: results of NUTRIKAP survey. *J Diabetes Metab Dis* 2014; 13(1):100.
4. Mazlom Z. The message of the Secretary. Eleventh Congress of Nutrition, Shiraz, Iran; 2010. (Persian).
5. Damari B. Investigate, analyze and develop national nutrition document. Qom: Andish Mandegar Publication; 2014. P. 16-8. (Persian).
6. Throsten H. Food consumption of adults in Armani. Tehran: Aftab Published; 2014.
7. Hshmat R, Abdollahi Z, Salehi F. Knowledge, attitude and practice of urban and rural households and different categories of health workers about nutrition, in Community Nutrition Office, Ministry of Health and Medical Education. Qom: Andish Mandegar Publication; 2014. P. 54-83. (Persian).
8. Kooshki A, Yaghoubi MA, Rahsepar FR. Comparison of energy and nutrient intakes in pregnant women in Sabzevar with dietary reference intakes. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(1):49-53. (Persian).
9. Mohamadian H, Eftekhari Ardebili H, Rahimi Foroushani A, Taghdisi M, Shojaiezade D. Evaluation of Pender's health promotion model for predicting adolescent girls' quality of life. *J Sch Public Health Institute Public Health Res* 2011; 8(4):1-13. (Persian).
10. Saffary M. Theories, models and methods for building community health education, health. Tehran: Nashr-e Sobhan; 2012. P. 185-6. (Persian).
11. Karimi M, Eshrati B. The effect of health promotion model-based training on promoting students' physical activity. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012; 16(3):192-200.
12. Hosseinnejad M, Klantarzadeh M. Study of lifestyle based on the Pender's Health Promotion model among students of Islamic Azad University. *Iran J Health Educ Health Promot* 2014; 1(4):15-28. (Persian).
13. Bahmanpour K, Nouri R, Nadrian H, Salehi B. Determinants of oral health behavior among high school students in Marivan County, Iran based on the Pender's Health Promotion Model. *J School Public Health Instit Public Health Res* 2011; 9(2):93-106. (Persian).
14. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL, Eakin BL. Applying the health promotion model to development of a worksite intervention. *Am J Health Prom* 1999; 13(4):219-27.
15. Gholizadeh L. Nutritional patterns in women attending health centers Traditional city. The Eleventh Congress of Nutrition, Shiraz, Iran; 2010. (Persian).
16. Chenary R, Noroozi A, Tahmasebi R. Effective factors of health promotion behaviors based on Health Promotion Model in chemical veterans of Ilam province in 2012-13. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(6):257-67. (Persian).
17. Salahshouri A, Harooni J, Salahshouri S, Hassanzadeh A, Mostafavi F, Molaei M. Investigation on association between self-efficacy, perceived barriers and social supports with health promoting behaviors in elderly in Dena city. *J Health Syst Res* 2015; 11(1):30-42.
18. Akbari M. Status report on no communicable disease risk factors in North Khorasan. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2008. P. 23-39. (Persian).
19. DeLshad A. Status report on no communicable disease risk factors in North Khorasan. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2006. P. 19-31. (Persian).
20. Rahaei Z, Morowatisharifabad MA, Shojaefard J. Perceived benefits and barriers of preventive behaviours of relapsed myocardial infraction. *J Gorgan Univ Med Sci* 2011; 13(2):117-22. (Persian).
21. Tol A, Esmaili Shahmirzadi S, Shojaiezadeh D, Eshraghian MR, Mohebbi B. Determination of perceived barriers and benefits of adopting health-promoting behaviors in cardiovascular diseases prevention: Application of preventative behavior model. *J Payavard Salamat* 2012; 6(3):204-14.