

رفتارهای تغذیه ای زنان در سه ماهه اول بارداری و ارتباط برخی مشخصات فردی-اجتماعی با آن در مراجعین مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرج

دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی^۱، مهین کمالی فرد^{۲*}، دکتر مهرانگیز ابراهیمی ممقانی^۳، دکتر محمد اصغری جعفرآبادی^۴، فاطمه امیدی^۵

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشیار گروه اپیدمیولوژی تغذیه، مرکز تحقیقات علوم تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۱

خلاصه

مقدمه: تغذیه دوران بارداری عامل اصلی در سلامتی مادر و رشد و نمو جنین او می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رفتار تغذیه ای زنان باردار در سه ماهه اول بارداری و ارتباط برخی مشخصات فردی-اجتماعی با این رفتارها انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۰۳ زن باردار ۱۴-۸ هفته مراجعه کننده به ۴ مرکز بهداشتی-درمانی شهر کرج انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ساخته مشتمل بر ۲۱ سؤال در زمینه رفتار تغذیه ای بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط برخی مشخصات فردی و اجتماعی با رفتارهای تغذیه ای از آزمون های آماری رگرسیون لجستیک و خطی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: حدود نیمی از زنان (۵۳/۴٪)، بارداری اولشان را سپری می کردند. ۷۱ نفر (۶۹٪) از آنان اظهار داشتند که در مورد تغذیه دوران بارداری آموزشی دریافت نکرده اند. میانگین \pm انحراف معیار امتیاز رفتار تغذیه ای در کل $17/2 \pm 32/0$ و در زمینه برخورد با مشکلات شایع دوران بارداری $8/2 \pm 18/5$ از محدوده امتیاز قابل کسب ۰-۱۰۰ بود. رفتار تغذیه ای ۵۷ نفر (۵۵٪) زنان در کل و ۸۴ نفر (۸۱٪) در زمینه برخورد با مشکلات دوران بارداری در حد ضعیف (امتیاز کمتر از ۳۳) بود. یک چهارم از زنان مکمل اسید فولیک در دوران بارداری دریافت نکرده بودند. ارتباط آماری معنی داری بین میانگین نمره کل رفتار تغذیه ای با سطح تحصیلات ($p=0/020$) و متوسط درآمد ماهانه خانوار ($p=0/017$) وجود داشت. همچنین بین تعداد بارداری با مصرف اسید فولیک ($p=0/023$)، بین متوسط درآمد ماهانه خانوار و دریافت بهینه گروه گوشت و حبوبات و نیز گروه شیر و لبنیات (به ترتیب $p=0/001$ ، $p=0/014$) ارتباط معنی داری وجود داشت. **نتیجه گیری:** رفتار تغذیه ای اکثر زنان باردار به ویژه افراد با سطح تحصیلات و درآمد پایین نامطلوب است. همچنین دریافت ناکافی گروه گوشت و حبوبات و گروه شیر و لبنیات در بین افراد دارای درآمد پایین شایع تر است.

کلمات کلیدی: رفتار تغذیه ای، زنان باردار، مشخصات فردی-اجتماعی

*نویسنده مسئول مکاتبات: مهین کمالی فرد؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۹۱۴۳۱۴۶۷۶۳

پست الکترونیک: Kamalifardm@tbzmed.ac.ir

مقدمه

بارداری یکی از دوره های حیاتی در طول زندگی یک زن محسوب می شود (۱). سلامتی و بیماری مادر در این دوران نه تنها کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه می تواند در وضع زندگی و سلامت جنین و نسل های آینده نیز نقش مؤثری داشته باشد (۲).

رفتارهای مناسب تغذیه ای عامل مهمی برای خوب زیستن و برداشت کامل از شرایط موجود در زندگی می باشد (۳). تغذیه، عامل کلیدی مؤثری در سلامتی مادر و رشد و نمو جنین او به شمار می آید (۱، ۴). دریافت مواد غذایی در دوران بارداری به طور مستقیم با وزن گیری مادر در این دوران مرتبط بوده (۵) و پیشگویی کننده وزن نوزاد در هنگام تولد می باشد (۶، ۷). تعادل نامناسب در رژیم غذایی می تواند نتایج و عواقب دراز مدتی هم برای مادر و هم برای شیرخوار به دنبال داشته باشد (۸). مطالعات نشان داده اند که اختلال در رشد و تکامل جنین و شیرخوار باعث تغییرات دراز مدت فیزیولوژیکی و متابولیسمی شده و در نهایت می تواند منجر به بیماری های قلبی- عروقی (۴، ۸، ۹)، فشار خون بالا (۴، ۹)، افزایش غلظت کلسترول خون (۹)، دیابت (۴، ۹) و بیماری های آندوکراین (سندرم تخمدان پلی کیستیک) شود (۹).

محدودیت شدید مواد مغذی در سه ماهه اول بارداری باعث عقب ماندگی رشد، ناهنجاری و یا مرگ جنین می شود. به همین دلیل این سه ماهه از نظر تغذیه ای در رشد و نمو جنین بسیار حائز اهمیت است (۱۰).

تغییر و اصلاح رفتار به عنوان جزئی از راهبردهای کاهش خطر به حساب می آید (۳). برنامه ریزی جهت ارتقاء رفتار بهداشتی در هر جامعه ای باید بر اساس واقعیت ها و نیازها و با در نظر گرفتن امکانات و شرایط موجود در جامعه صورت گیرد (۱۱) و آگاهی از مسائل و مشکلات، نقطه آغاز واقعی برنامه ریزی است (۱۲). با وجود اهمیت بالای تغذیه زنان باردار، در بررسی متون فقط تعداد محدودی مطالعه در کشور در این زمینه به دست آمد که نتایج آنها نیز بیانگر وضعیت تغذیه ای نامناسب مادران باردار می باشد (۱۳، ۱۴). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رفتارهای تغذیه ای زنان در سه

ماهه اول بارداری و ارتباط برخی مشخصات فردی- اجتماعی با آن در مراجعین مراکز بهداشتی- درمانی شهر کرج انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۰۳ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان کرج انجام شد. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کرج، از بین مراکز بهداشتی- درمانی شهر کرج، ۴ مرکز که بیشترین جمعیت زنان باردار تحت پوشش را دارا بودند، به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. زنان باردار ۱۴-۸ هفته مراجعه کننده به این مراکز، در صورت تمایل پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی بر اساس نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه نداشتن سابقه بیماری شناخته شده (قلبی- عروقی، کلیوی، دیابت، تیروئید، فشار خون مزمن)، نداشتن سابقه خونریزی و تهدید به سقط، عدم چند قلوپی، زایمان زودرس، پره اکلامپسی و نازایی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد استفاده کننده از الکل و مواد مخدر و داروهای ضد افسردگی و افراد استفاده کننده از رژیم غذایی درمانی خاص برای یک بیماری سیستمیک مزمن بود.

گردآوری داده ها به وسیله پرسشنامه خود ساخته انجام شد. جهت تعیین روایی، پرسشنامه به ۹ نفر از اعضاء هیئت علمی، که شامل ۵ نفر از اعضاء هیئت علمی مامایی و ۳ نفر از متخصصین تغذیه و ۱ متخصص زنان بود، ارائه و بر اساس نظر این اعضاء، اصلاحاتی انجام شد. جهت تعیین پایایی ثبات، پرسشنامه طی دو مرحله و با فاصله زمانی ۲ هفته در اختیار ۱۵ زن باردار که شرایط ورود به مطالعه اصلی را داشتند، قرار داده شد و ضریب پایایی پرسشنامه در این مرحله با استفاده از ضریب اسپیرمن- براو بررسی و تأیید شد ($r=0/8$). همچنین همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/87$) بررسی و تأیید شد. در این مطالعه حجم نمونه بر اساس اطلاعات به دست آمده از مطالعه مقدماتی انجام گرفته که در آن مقدار p (نسبت افراد دارای رفتار تغذیه ای ضعیف) $0/5$ به دست آمد، بر

اساس فرمول مربوط به برآورد نسبت و با در نظر گرفتن $d=0/1$ و میزان اطمینان ۹۵ درصد، ۱۰۰ نفر محاسبه شد.

پرسشنامه گردآوری داده ها شامل ۱۶ سؤال در مورد مشخصات فردی- اجتماعی و ۲۱ سؤال برای سنجش رفتار تغذیه ای بود. سؤالات بخش اول و قسمتی از سؤالات بخش رفتار تغذیه ای که در زمینه سهم های غذایی بود، توسط پژوهشگر و پس از توضیح دستورالعمل تکمیل پرسشنامه ها، بقیه قسمت ها توسط خود مادران باردار تکمیل شد. در بخش رفتار تغذیه ای ۵ سؤال انتهایی، مربوط به سهم های غذایی دریافتی از گروه های مختلف غذایی بود که پژوهشگر با استفاده از پرسشنامه بسامد خوراک، سهم های غذایی را محاسبه و در قسمت مربوطه تکمیل کرد. در این مطالعه منظور از مصرف مطلوب گروه های غذایی، دریافت سهم های کافی از هر یک از گروه های غذایی مربوطه، بر اساس مقادیر توصیه شده آنها در هرم غذایی بود. همچنین منظور از رفتار تغذیه ای خوب برای پیشگیری و درمان مشکلات شایع دوران بارداری از جمله یبوست، افزایش مصرف میوه، سبزیجات و مایعات به همراه پیاده روی و در مورد سوزش سر دل؛ افزایش تعداد وعده های غذایی، خوب جویدن و آهسته غذا خوردن و نیز اجتناب از خوابیدن به پشت پس از صرف غذا و در مورد آنمی؛ مصرف منابع غذایی حاوی آهن و ویتامین ث، مصرف انواع مغزها و کاهش و یا تغییر در زمان نوشیدن چای و در مورد عفونت ادراری؛ افزایش مصرف میوه، سبزیجات و مایعات و مصرف مواد اسیدی کننده ادرار مثل پنیر و تخم مرغ و نیز خودداری از مصرف مواد محرک مثل سوسیس و کالباس و غذاهای کنسرو شده بود. گردآوری داده ها در مدت ۲ ماه انجام شد.

سؤالات مربوط به رفتار تغذیه ای از ۲ تا ۶ گزینه ای متفاوت بودند و از افراد خواسته شد که در هر سؤال یک یا بیش از یک گزینه را انتخاب کنند. لذا، برای یکدست سازی امتیاز تمامی سؤالات، همه آنها استاندارد شدند. به این شکل که در صورت انتخاب تمام گزینه های صحیح هر سؤال، به آن امتیاز ۱۰۰ و در صورت عدم انتخاب

هیچ کدام از گزینه های صحیح، امتیاز صفر و در صورت انتخاب برخی از گزینه های صحیح به نسبت گزینه های صحیح انتخاب شده به کل گزینه های هر سؤال، امتیازی بین ۰-۱۰۰ داده می شد. در نهایت امتیازات رفتار تغذیه ای کلی با تقسیم کل امتیازات کسب شده از کلیه سؤالات بر تعداد کل سؤالات محاسبه شد. افرادی که امتیاز کلی آنها بین صفر تا $33/3$ بود در سطح "ضعیف" و افرادی که میانگین امتیاز آنها بین $33/4-66/7$ بود در سطح "متوسط" و افراد با میانگین امتیاز بیش از $66/7$ نیز در سطح "خوب" قرار گرفتند.

داده ها پس از گردآوری با استفاده نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده ها برای متغیرهای کمی و کیفی به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) گزارش شدند. جهت بررسی ارتباط بین مشخصات فردی و باروری افراد با امتیاز رفتار تغذیه ای و مصرف اسید فولیک و دریافت بهینه گروه های غذایی از آزمون های آماری رگرسیون لوجستیک و خطی استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

حدود نیمی از زنان ($53/$)، بارداری اولشان را سپری می کردند. محدوده سنی حدود سه چهارم آنها بین ۲۰-۳۴ سال بود و میانگین سنی زنان شرکت کننده $26/9 \pm 5/8$ بود. اغلب افراد خانه دار ($93/0/$) و دارای تحصیلات دبیرستان ($53/$) بودند. میانگین شاخص توده بدنی زنان شرکت کننده در این مطالعه $25/2 \pm 4/4$ کیلوگرم بر متر مربع بود. حدود دو سوم ($69/$) آنان اظهار داشتند که در مورد تغذیه دوران بارداری آموزشی دریافت نکرده اند. منابع اصلی اطلاعاتی کسانی که در این زمینه آموزش دریافت نموده بودند، کتب، مجلات یا روزنامه ها بودند. بیش از نیمی از زنان ($58/$) دغدغه های اصلی خود در زمینه تغذیه در بارداری را "مواردی که برای سلامت جنین لازم است" ذکر کردند (جدول ۱).

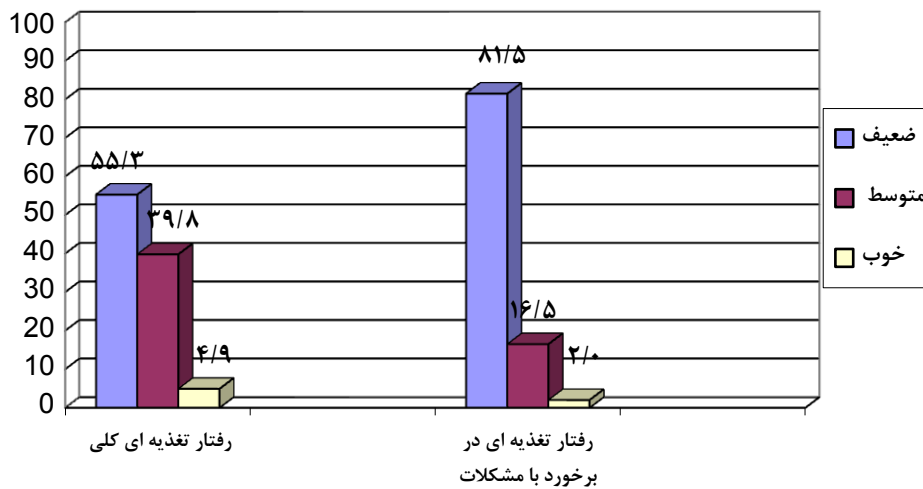
جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی زنان مورد مطالعه در بررسی رفتارهای تغذیه‌ای زنان در سه ماهه اول بارداری

متغیر	تعداد (درصد)
بارداری اول	۵۵ (۵۳/۴)
سابقه زایمان	۴۴ (۴۲/۷)
سابقه سقط	۱۶ (۱۵/۵)
سن (سال)	≤ ۱۹
	۲۰-۳۴
	≥ ۳۵
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی
	دبیرستان
	دانشگاهی
محل دریافت آموزش در زمینه تغذیه*	مراکز بهداشت
	کارشناس تغذیه
	رادیو و تلویزیون
	کتاب، مجله، روزنامه
	اطرافیان
	عدم دریافت آموزش
متوسط درآمد ماهانه خانوار (هزار تومان)	۱۰۰-۴۹۹
	بیشتر از ۵۰۰
عدم وجود برنامه ریزی برای بارداری	۲۰ (۱۹/۴)
خانه دار بودن زن	۹۶ (۹۳/۲)
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	< ۱۹/۸
	۱۹/۸-۲۶
	۲۶-۲۹
نوع مالکیت محل سکونت	اجاره ای یا زندگی با اقوام
	شخصی
دغدغه‌های اصلی مادران در زمینه تغذیه در بارداری**	موارد لازم برای سلامت جنین
	اطلاعات کلی از نحوه مصرف مواد غذایی
	وزن گیری مناسب در بارداری
	نحوه مقابله تغذیه‌ای با مشکلات شایع دوران بارداری

* به دلیل اینکه در این متغیر پاسخگویان می‌توانستند به بیش از یک مورد پاسخ دهند، جمع درصدها بیش از ۱۰۰ می‌باشد.
** تعداد بررسی شده: ۵۷ نفر

در کل و ۱۷ نفر (۱۶/۵٪) در زمینه برخورد با مشکلات دوران بارداری در حد متوسط بود و رفتار تغذیه‌ای تنها ۵ نفر (۴/۹٪) از زنان در کل و ۲ نفر (۲/۰٪) در زمینه برخورد با مشکلات دوران بارداری در حد خوب بود (نمودار ۱).

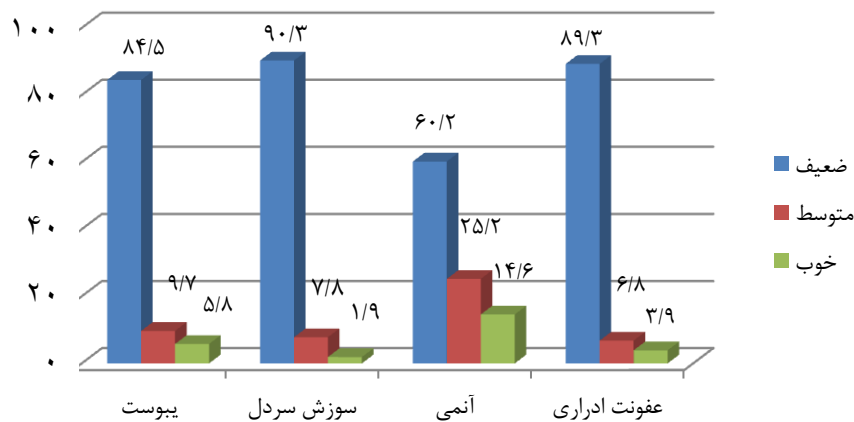
میانگین \pm انحراف معیار امتیاز رفتار تغذیه‌ای در کل $32/0 \pm 17/2$ و در زمینه برخورد با مشکلات شایع دوران بارداری $18/5 \pm 8/2$ از محدوده امتیاز قابل کسب ۰-۱۰۰ بود. رفتار تغذیه‌ای ۵۷ نفر (۵۵/۳٪) از زنان در کل و ۸۴ نفر (۸۱/۵٪) در زمینه برخورد با مشکلات دوران بارداری در حد ضعیف و رفتار تغذیه‌ای ۴۱ نفر (۳۹/۸٪) از زنان



نمودار ۱- توزیع درصدی پاسخ به سؤالات مربوط به رفتار تغذیه‌ای زنان در سه ماهه اول بارداری

۹۲ نفر (۸۹/۳٪) در زمینه پیشگیری از عفونت ادراری در بارداری در حد ضعیف بود (نمودار ۲).

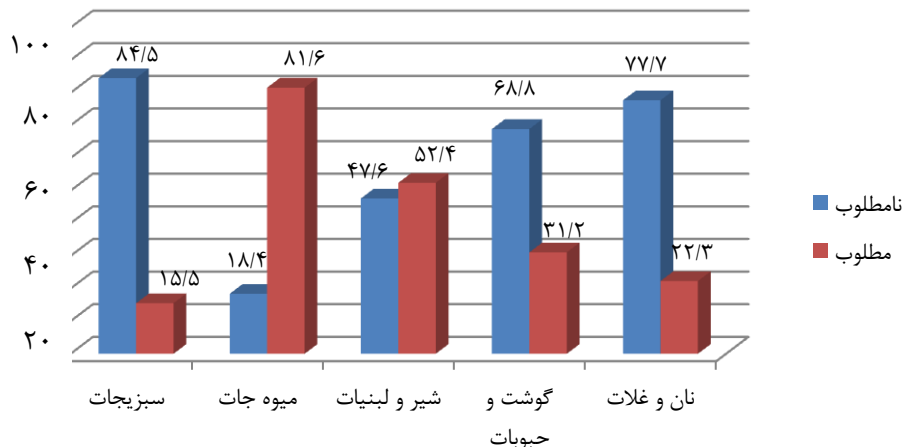
رفتار تغذیه‌ای ۸۷ نفر (۸۴/۵٪) در زمینه پیشگیری از یبوست، ۹۳ نفر (۹۰/۳٪) در زمینه پیشگیری از سوزش سر دل، ۶۲ نفر (۶۰/۲٪) در زمینه پیشگیری از آنمی و



نمودار ۲- توزیع درصدی پاسخ به سؤالات مربوط به رفتار تغذیه‌ای زنان در پیشگیری از مشکلات شایع دوران بارداری

مقدار غذای مصرفی ۷۵ نفر از زنان (۵۷٪) نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود و ۸۹ نفر (۵۷٪) نیز نسبت به قبل از بارداری مقدار لبنیات را کاهش داده بودند. حدود یک چهارم از مادران نیز مکمل اسید فولیک را در این دوران دریافت نکرده بودند.

مصرف ناکافی گروه نان و غلات در ۸۰ نفر (۷۷/۷٪) و شیر و لبنیات در ۴۹ نفر (۴۷/۶٪) و گوشت و حبوبات در ۷۱ نفر (۶۸/۸٪) و همچنین گروه سبزیجات در ۸۷ نفر (۸۴/۵٪) گزارش شد. مصرف میوه‌جات در اکثر افراد (۸۱/۶٪) در حد مطلوب گزارش شد (نمودار ۳).



نمودار ۳- توزیع درصدی چگونگی مصرف گروه‌های غذایی بر اساس هرم غذایی

کمتری بودند. علاوه بر آن مصرف اسید فولیک با تعداد بارداری نیز ارتباط معنی داری را نشان داد ($p=0/023$) به طوری که فراوانی مصرف اسید فولیک در بین زنان با سابقه بارداری بیشتر از زنان با بارداری اول بود. همچنین دریافت ناکافی گروه گوشت و حبوبات بودند و گروه شیر و لبنیات در بین افرادی دارای درآمد پایین شایع تر بود (به ترتیب $p=0/001$, $p=0/014$) (جدول ۳).

بین سطح تحصیلات زنان باردار با امتیاز رفتار تغذیه‌ای ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/020$). به گونه‌ای که افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد با سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی دارای میانگین نمره رفتار تغذیه‌ای کلی بالاتری بودند. همچنین بین متوسط درآمد ماهانه خانوار با امتیاز رفتار تغذیه‌ای آنان ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/017$). به گونه‌ای که افراد با درآمد پایین دارای میانگین نمره رفتار تغذیه‌ای

جدول ۳- ارتباط بین مشخصات فردی و اجتماعی با رفتار تغذیه‌ای و مصرف اسید فولیک در زنان مورد مطالعه در بررسی رفتارهای تغذیه‌ای زنان در سه ماهه اول بارداری

مشخصات فردی و اجتماعی	تعداد	رفتار تغذیه‌ای کلی		
		Beta (CI 95%)*	OR (CI 95%) [†]	دریافت بهینه گروه شیر و لبنیات
تعداد بارداری	اول	مرجع	مرجع	دریافت بهینه گروه شیر و لبنیات
	دوم یا بیشتر	۰/۱ (-۳/۹، ۹/۶)	۳/۰ (۱/۱-۸/۲)	۱/۲ (۰/۵-۲/۸)
متوسط درآمد ماهانه خانوار (هزار تومان)	۱۰۰-۴۹۹	مرجع	مرجع	مرجع
	بیشتر از ۵۰۰	۲/۰ (۱/۵، ۱/۴/۶)	۱/۸ (۰/۷-۴/۵)	۴/۸ (۱/۹-۱۲/۴)
تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	مرجع	مرجع	مرجع
	دبیرستان	۰/۱ (-۶/۷، ۱/۷/۶)	۱/۵ (۰/۳-۶/۸)	۱/۱ (۰/۲-۵/۹)
	دانشگاهی	۳/۰ (۲/۰-۲۴/۰)	۰/۳ (۰/۱-۱/۴)	۱/۱ (۰/۲-۳/۸)
		۵۵	۵۵	۵۵

* تفاوت میانگین (۹۵٪ حدود اطمینان) و سطح معنی داری گروه با گروه مرجع (حاصل از آزمون رگرسیون خطی)
[†] نسبت شانس (۹۵٪ حدود اطمینان) و سطح معنی داری گروه در مقایسه با گروه مرجع (حاصل از آزمون رگرسیون لجستیک)

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، مشکلات فراوانی در رفتار تغذیه ای زنان باردار در سه ماهه اول بارداری که دوره ای بسیار حساس و حائز اهمیت از نظر رشد و تکامل جنین است، وجود دارد. به گونه ای که رفتار تغذیه ای حدود نیمی از زنان مورد مطالعه در حد ضعیف بود و بیش از نیمی از آنان (۵۷٪) مقدار غذای مصرفی شان نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بودند. در مطالعه بجار و همکاران (۲۰۰۶) در لهستان مقدار غذای مصرفی زنان باردار نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود (۱۵) و در مطالعه شجاعی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران تغییری در رژیم غذایی زنان باردار نسبت به قبل از بارداری مشاهده نشد (۱۶). با توجه به اهمیت سه ماهه اول بارداری در رشد و نمو جنین (۱۰)، در این مطالعه تنها مادران باردار سه ماهه اول مورد بررسی قرار گرفتند، این در حالی است که نمونه های مورد مطالعه در مطالعات گذشته، یا زنان باردار بعد از سه ماهه اول بودند (۱۶) و یا کلیه زنان باردار از هر سه ماهه بدون تفکیک گزارش نتایج جداگانه برای هر سه ماهه، وارد مطالعه شده بودند (۱۵). از آنجایی که تهوع دوران بارداری در دوران ۱۴-۸ هفتگی در بالاترین حد می باشد (۱۷)، تناقضات موجود در نتایج مطالعات بالا با مطالعه حاضر را می توان ناشی از انتخاب زمان های مختلف از دوران بارداری برای انجام مطالعه دانست. با این حال جلوگیری از کاهش مصرف مواد مغذی با وجود مشکلات گوارشی در این دوران از نظر تأمین سلامت مادر و جنین بسیار اهمیت داشته و تلاش جدی همه دست اندکاران در این زمینه را می طلبد.

در مطالعه حاضر، دریافت میوه در حدود نیمی از زنان باردار نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود و اکثر آنها میوه جات را در حد بهینه مصرف می کردند که این یافته با نتایج مطالعه عابدینی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۱۳). در مطالعه حاضر، حدود نیمی از زنان اظهار داشتند که مصرف سبزیجات آنها نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته است. اما با این وجود، مصرف سبزیجات در اکثر آنها کمتر از مقادیر توصیه شده بر اساس هرم غذایی بود. این نتایج با نتایج مطالعه

بجار و همکاران (۱۵) در زمینه افزایش مقدار مصرف سبزیجات در بارداری و مطالعه ویلکینسون و همکاران (۱۸) در زمینه مصرف سبزیجات کمتر از میزان توصیه شده توسط هرم غذایی در بارداری همخوانی دارد. نیاز زنان به ویتامین ها و املاح معدنی در دوران بارداری افزایش می یابد. با توجه به اینکه میوه ها و سبزیجات از منابع مهم ویتامین ها و املاح معدنی هستند، لذا افزایش آگاهی مادران از فواید مصرف این گروه غذایی در حفظ و ارتقاء سلامتی مادر و جنین مؤثر خواهد بود. این گروه غذایی از منابع عمده فیبر محسوب می شوند، به طوریکه این ماده در پیشگیری و درمان یبوست در بارداری نیز بسیار حائز اهمیت است.

در مطالعه حاضر، مقدار مصرف گوشت و حبوبات در اکثر زنان کمتر از مقادیر توصیه شده بر اساس هرم غذایی بود. مصرف لبنیات اکثر آنها نیز نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. وضعیت اقتصادی و قدرت خرید افراد بر دریافت مادران از این گروه های غذایی تأثیرگذار است به گونه ای که در مطالعه حاضر نیز فراوانی دریافت ناکافی گروه گوشت و حبوبات و همچنین گروه شیر و لبنیات در افراد دارای درآمد پایین به طور معنی داری بیشتر بود. در مطالعه عابدینی و همکاران نیز کاهش دریافت گروه گوشت و حبوبات و گروه شیر و لبنیات در زنان باردار با وضعیت اقتصادی نامطلوب مشاهده شد (۱۳).

در مطالعه حاضر بین میانگین نمرات رفتار کلی تغذیه ای با سطح تحصیلات زنان باردار ارتباط معناداری وجود داشت. مطابق با نتایج مطالعه حاضر، هاستو همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود در لندن به این نتیجه رسیدند که افراد با سطح تحصیلات بالاتر، مواد ریز مغذی (ویتامین و املاح) بیشتری مصرف می کنند. اما بین سطح تحصیلات با دریافت چربی، انرژی و کربوهیدرات ارتباط معناداری وجود نداشت (۱۹). مطالعات دیگر نیز به این نتیجه رسیدند که تحصیلات بالا با دریافت بهتر رژیم غذایی همراه است (۱۵، ۲۰، ۲۱). در مطالعه حاضر بین درآمد با میانگین نمرات رفتار تغذیه ای زنان باردار ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه هاست و همکاران (۱۹۹۹) نیز درآمد بر روی دریافت انرژی تأثیر مثبتی داشت (۱۹). در مطالعه بدنار و همکاران (۲۰۰۲)

این زمینه و ارائه راهکارهای مناسب جهت ارتقاء رفتار تغذیه‌ای زنان باردار و کمک به تأمین سلامت مادر و جنین در کنار آموزش‌های معمول احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

رفتار تغذیه‌ای اکثر زنان باردار به ویژه افراد با سطح تحصیلات و درآمد پایین نامطلوب بود. همچنین دریافت ناکافی گروه گوشت و حبوبات و گروه شیر و لبنیات در بین افراد دارای درآمد پایین شایع‌تر بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد. بدینوسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت مالی و معنوی از این طرح، از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و از همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرج و پرسنل محترم مراکز بهداشتی و درمانی استان البرز در گردآوری داده‌ها و همچنین از مادران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

در آمریکا، زنان با درآمد بالاتر مصرف بالاتری از گروه سبزیجات را داشتند (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مصرف اسید فولیک با تعداد بارداری زنان، ارتباط معناداری وجود دارد که با نتایج مطالعات دیگر در این زمینه همخوانی داشت (۲۲، ۲۳). مطابق با سایر مطالعات، در این مطالعه نیز اکثر مادران باردار (۷۵٪) اسید فولیک مصرف می‌کردند (۲۳، ۲۴) اما با توجه به اهمیت مصرف اسید فولیک بر سلامت جنین در سه ماهه اول بارداری (۱۷، ۲۷-۲۵)، در این مطالعه هنوز یک چهارم از مادران مصرف اسید فولیک را در سه ماهه اول شروع نکرده بودند که این عامل می‌تواند به دلیل آگاهی پایین مادران از مزایای مصرف اسید فولیک باشد که می‌توان با انجام مشاوره‌های قبل از بارداری و بیان اهمیت این موضوع برای مادران، آنها را بر شروع به موقع اسید فولیک تشویق کرد. با توجه به تلاش‌های صورت گرفته از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال‌های اخیر در زمینه بهبود رفتارهای تغذیه‌ای زنان در دوران بارداری و شیردهی، انجام تحقیقات بیشتر در نقاط مختلف کشور جهت پیگیری و بررسی چگونگی اثرگذاری این تلاش‌ها و شناسایی موانع موجود در دست‌یابی به نتایج مطلوب در

منابع

1. Verbeke W, Bourdeaudhuij I. Dietary behaviour of pregnant versus non-pregnant women. *Appetite* 2007 Jan;48(1):78-86.
2. Shils ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ. *Modern nutrition in health and disease*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2006.
3. Hatami H. [Textbook of public health]. 2nd ed. Tehran:Arjmand;2008:196,42 [in Persian].
4. Wu G, Bazer FW, Cudd TA, Meininger CJ, Spencer TE. Maternal nutrition and fetal development. *J Nutr* 2004 Sep;134(9):2169-72.
5. Mitchell MK. *Nutrition across the life span*. 2nd ed. Toronto:Saunders;2003:102-35.
6. Fowles ER. Comparing pregnant women's nutritional knowledge to their actual dietary intake. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002 May-Jun;27(3):171-7.
7. Abrams B, Altman SL, Pickett KE. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr* 2000 May;71(5 Suppl):1233S-41S.
8. Fowles ER. Prenatal nutrition and birth outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Nov-Dec;33(6):809-22.
9. Godfrey KM, Barker DJ. Fetal nutrition and adult disease. *Am J Clin Nutr* 2000 May;71(5 Suppl):1344S-52S. Review.
10. Rodriguez-Bernal CL, Rebagliato M, Iiguez C, Vioque J, Navarrete-Munoz E, et al. Diet quality in early pregnancy and its effects on fetal growth outcomes: the Infancia y Medio Ambiente (Childhood and Environment) Mother and Child Cohort Study in Spain. *Am J Clin Nutr* 2010 Jun;91(6):1659-66.
10. Fakhri M, Shirvani-Ahmad M. [Nutrition during pregnancy and delivery]. Tehran:Roshan Ketab;2005:2-5. [in Persian].
11. Simbar M. [The guideline of medical science education]. Tehran:Golban;2004:106. [in Persian].
12. Rezaian A. [Principles of management]. 2nd ed. Tehran:Ministry of Culture and Islamic Guiding;2010:86-7. [in Persian].

13. Abedini Z, Ahmari Tehran H, Gaini M, Khorami Rad A. [Dietary food intake of pregnant women based on food guide pyramid and its related factors] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2011;24(73):36-46.
14. Delvarian M, Ebrahimi H, Haghighi N. [Nutritional status of pregnant women refer to Shahroodhealth centers and related factors] [Article in Persian]. *J Birjand Univ Med Sci* 2007;13(4):42-8.
15. 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.
16. Shojaei K, Parsai S, Falah N. [Assessment of nutritional knowledge, attitude and practices inn pregnant women, in university hospital of Tehran] [Article in Persian]. *J Gorgan Univ Med Sci* 2001;3(8):70-5.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York:McGrow-Hill;2010:266-86.
18. Wilkinson SA, Miller YD, Watson B. Prevalence of health behaviours in pregnancy at service ebtry in a Queensland health service district. *Aust N Z Public Health* 2009 Jun;33(3):228-33.
19. Haste FM, Brooke OG, Anderson HR, Bland JM, Peacock JL. Social determinants of nutrient intake in smokers and non-smokers during pregnancy. *J Epidemiol Community Health* 1990 Sep;44(3):205-9.
20. Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Oken E, Gillman MW. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: a US cohort. *J Am Diet Assoc* 2009 Jun;109(6):1004-11.
21. Bodnar LM, Siega-Riz AM. A Diet Quality Index for Pregnancy detects variation in diet and differences by sociodemographic factors. *Public Health Nutr* 2002 Dec;5(6):801-9.
22. Wu DY, BRAT G, Milla G, Kim J. Knowledge and use of folic acid for prevention of birth defects amongst Honduran women. *Reprod Toxicol* 2007 Jun;23(4):600-6.
23. Riazi H, Bashirian S. [The pattern of folic acid intake in pregnant women referring to Fatemieh hospital in Hamadan, 2005] [Article in Persian]. *Koomesh* 2009;10(3):171-7.
24. Garica Carballo MM, Gonzalez Gonzalez AI, Jimenez Garcia R.[Prophylaxis of neural tube defects with folic acid in pregnant women from a health district] [Article in Spanish]. *Aten Primaria* 2003 Feb 15;31(2):98-103.
25. Morin P, De Wals P, St-Cyr-Tribble D, Niyonsenga T, Payette H. Pregnancy planning: a determinant of folic acid supplements use for the primary prevention of neural tube defects. *Can J Public Health* 2002 Jul-Aug;93(4):259-63.
26. Boddie AM, Dedlow ER, Nackashi JA, Opalko FJ, Kauwell GP, Gregory JF 3rd, et al. Folate absorption in women with a history of neural tube defect-affected pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2000 Jul;72(1):154-58.
27. Williamson C. Nutrition in pregnancy. *Br Nutr Found Nutr Bullet* 2006;31:28-59.