

سنجش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه

محمود کریمی^{۱*}، محمد طاهر^۲، حسین آذر پیرا^۱

^۱ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

* نویسنده مسئول: محمود کریمی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران. تلفن: +۹۸-۸۶۴۵۲۲۶۹۳۶، ایمیل: karimymahmood@yahoo.com

DOI: 10.20286/nmj-24034

چکیده

مقدمه: رژیم غذایی سالم و کافی در دوران بارداری برای سلامت مادر و جنین اهمیت حیاتی دارد. مطالعه حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه انجام شده است. **روش کار:** در این مطالعه مقطعی تحلیلی ۲۶۰ نفر از زنان باردار تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه به روش تصادفی چند مرحله انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد در خصوص تغذیه صحیح در دوران بارداری بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه سازمان یافته جمع آوری و در نهایت با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان $27/4 \pm 5$ بود. همه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی پیشگویی کننده معنی دار برای عملکرد تغذیه‌ای مادران باردار بودند ($P < 0/05$). همچنین سازه‌های موانع درک شده، خود کارآمدی و حساسیت درک شده، به ترتیب مهمترین پیشگویی کننده بودند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه برای بهبود باورهای مرتبط با عملکرد تغذیه‌ای مادران باردار، طراحی برنامه‌های آموزشی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با تاکید بر افزایش خودکارآمدی و حذف موانع درک شده توصیه می‌شود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۱۲

واژگان کلیدی:

مدل اعتقاد بهداشتی

بارداری

رفتار تغذیه‌ای

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

از آن نیازمند دریافت کافی مواد غذایی است [۶]. مطالعات نشان داده‌اند که بهبود تغذیه مادر چه قبل و چه در دوران بارداری نسبت به کمیت و کیفیت تغذیه در دوران نوزادی عامل مهمتری در کاهش مرگ نوزادی و بهبود سلامت آنان است [۷]. اگر تغذیه مادر کافی نباشد جنین مواد غذایی مورد نیاز خود را از ذخایر محدود بدن مادر به دست می‌آورد [۸]. به عبارت دیگر، رشد و نمو کامل جنین، رابطه تنگاتنگی با تغذیه مادر دارد و تأمین نیازهای او با دریافت مواد مغذی مادر آمیخته شده است [۹]. علاوه بر این تغذیه در این دوران باید انرژی لازم را برای تولد و نیز فعالیت شیردهی مادر را درآینده فراهم کند [۱۰]. مرگ و میر نوزادان با وزن کم هنگام تولد که ناشی از رشد کم داخل رحمی یا نارسایی است ۴۰ برابر بیشتر از مرگ نوزادان با وزن طبیعی هنگام تولد است [۱۱]. اولین اقدام در آموزش تغذیه، تعیین باورها و نگرشها در زمینه تغذیه مناسب است. زیرا تغییر باورهای تغذیه‌ای منجر به تغییر رفتار می‌شود بدین معنی که رفتار

بارداری تأثیر مهم بر شیوه زندگی زنان و همچنین بر رفتارهای تغذیه‌ای مادران باردار دارد. عوامل مختلفی در سلامت مادر و جنین دخالت دارند که یکی از این عوامل تغذیه می‌باشد [۱]. تغذیه مادر با موفقیت او در باروری، زایمان و همچنین مراقبت از سلامت رشد و پرورش جنین رابطه دارد [۲]. وضعیت تغذیه‌ای زنان در طی بارداری تأثیر چشم گیری بر سلامت زنان، رشد و نمو جنین و پیامدهای حاصل از تولد و نیز بر سلامت نسل‌های آینده دارد [۳]. تغذیه دوران بارداری نه تنها از مهمترین شاخص‌ها در تعیین نتیجه بارداری، بلکه یک مسئله مهم در سلامت زنان و سلامت نسل بعدی محسوب شده [۴] و در پیشگیری و برطرف نمودن برخی از مشکلات دوران بارداری مانند یبوست، سوزش سر دل، آنمی و عفونت ادراری نقش بسزایی دارد. هم چنین تأمین ریزمغذی‌های مورد نیاز زن باردار برای پیشگیری از تخلیه ذخایر بدن و حفظ سلامت او ضروری است [۵]. داشتن دوره بارداری طبیعی و نتایج موفقیت آمیز حاصل

احتمالی ۲۶۰ مادر باردار وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، داشتن پرونده مراقبت روتین بارداری در مراکز جامعه سلامت ساوه و یا سایر مراکز دولتی، داشتن قدرت تکلم و سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات شناختی و همچنین حضور نداشتن در دیگر مطالعات پژوهشی. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای طبقه‌ای و بدین ترتیب بود که در مرحله اول لیست کلیه مراکز جامعه سلامت ساوه و دیگر مراکز دولتی نظیر درمانگاه‌های تأمین اجتماعی تهیه و سپس در مرحله بعد به روش بر اساس تعداد زن باردار تحت پوشش هر مرکز، نسبت نمونه لازم برای شرکت در پژوهش از هر مرکز مشخص و در مرحله نهایی تعداد نمونه مورد نیاز برای ورود به مطالعه از طریق شماره‌های ثبت شده در دفتر مراقبت مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب و به‌عنوان واحدهای پژوهش وارد مطالعه شدند. در مرحله جمع‌آوری داده‌ها ابتدا توضیحات کافی به مادران باردار واجد شرایط در مورد اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده در مطالعه، داده شد. همچنین تأکید شد که در هر زمان که تمایلی به ادامه حضور در پژوهش مورد نظر را نداشته باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر دو بخش کلی بود. بخش اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نظیر تعداد بارداری، نمایه توده بدنی و ... بود و بخش دوم پرسشنامه مربوط به سؤالات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتارهای تغذیه‌ای بود. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل؛ سازه حساسیت درک شده ۷ سؤال با مقیاس رتبه‌ای ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، دامنه نمره‌ها در این سازه بین ۷ تا ۳۵ بود. سازه شدت درک شده ۵ سؤال با مقیاس رتبه‌ای ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، دامنه نمره‌ها در این سازه بین ۵ تا ۲۵ بود. سازه‌های منافع و موانع درک شده، هر سازه ۵ سؤال با مقیاس رتبه‌ای ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، دامنه نمره‌ها در این دو سازه نیز بین ۵ تا ۲۵ بود. سازه خودکارآمدی ۶ سؤال با مقیاس رتبه‌ای ۴ گزینه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۴ (کاملاً مطمئن هستم) طراحی گردید. دامنه نمره‌ها در این سازه بین ۴ تا ۲۴ بود. در نهایت ۱۰ سؤال رفتاری با چک لیست سه گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات و همیشه) مورد بررسی قرار گرفته بود، دامنه نمره‌ها در این بخش بین ۱۰ تا ۳۰ بود. برای ارزیابی بهتر سازه‌های مدل و رفتار بطور

مناسب تغذیه‌ای جایگزین رفتارهای نامناسب یا غلط تغذیه‌ای می‌شود [۱۲]. مطالعه استاد رحیمی و همکاران در تبریز و نقاشپور و همکاران در اهواز نشان داد که نگرش و باورهای تغذیه‌ای عوامل مهمی در پیشگویی عملکرد و رفتارهای تغذیه‌ای هستند [۱۳، ۱۴]. امروزه در کشور ما در دوران بارداری میزان ارائه آموزش‌های مورد نیاز طبق برنامه استاندارد مراقبتی دوران بارداری در حد مطلوب نمی‌باشد [۱۰]. طرز فکر و نگرش درباره یک بیماری عامل مهمی در انجام دادن و یا ندادن یک اقدام پیشگیرانه می‌باشد، زیرا نگرش و تفکرات زیر بنای رفتار و عمل می‌باشد. از آنجایی که مادران باردار به دلیل علاقه به جنین و حفظ سلامتی او به توصیه‌های بهداشتی علاقمند بوده و در جست و جوی دست یابی به اطلاعات هستند، لذا بررسی آگاهی و نگرش ایشان در این دوره در جهت برنامه ریزی برای تغییر در عادات غذایی اهمیت بسیاری دارد [۱۲]. 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 رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها و بیماری‌ها متمرکز است. از مزیت‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، وجود سازه‌هایی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، و خودکارآمدی) است که ابعاد مهم رفتار را مورد توجه قرار می‌دهند. این مدل الگوی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است. این مدل بر این تأکید دارد که چگونه ادراک افراد ایجاد انگیزه کرده و سبب ایجاد تغییر رفتار می‌شود. به طور کلی این مدل بر روی تغییر اعتقاد تمرکز دارد و تغییر اعتقادات منجر به تغییر رفتار می‌شو [۱۲-۱۵]. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شده است.

روش کار

در این مطالعه مقطعی، جامعه آماری شامل زنان باردار دارای پرونده در مراکز دولتی و مراکز جامعه سلامت شهر ساوه بود. پژوهش حاضر از دیمه ۹۳ لغایت اردیبهشت ۹۴ انجام شد و جمع‌آوری داده‌های مطالعه ۴ ماه به طول انجامید. حجم نمونه مورد نیاز در این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، از طریق فرمول، حداقل $n = 235$ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ریزش‌های

نمونه‌ها در سطح ضعیف بود. ۵۲ درصد از مادران دارای منافع درک شده متوسط و خوب و در ۲۵ درصد از آنها موانع درک شده رفتارهای تغذیه‌ای کم بود. میزان خودکارآمدی و عملکرد به ترتیب در ۲۷ و ۲۲ درصد از مادران خوب بود (جدول ۲).

برای بررسی توان پیشگویی‌کنندگی رفتار توسط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج نشان داد، پیشگویی‌کنندگی همه سازه‌ها معنادار بود و در این میان، میزان پیشگویی‌کنندگی متغیر موانع درک شده ($\beta = 2/14$) بیش از سایر متغیرها بود و متغیرهای خودکارآمدی و حساسیت درک شده در مرتبه‌های بعدی قرار داشتند (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه		
مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
گروه سنی		
کمتر از ۲۰ سال	۲۵	۱۰
۲۰-۲۹ سال	۱۰۹	۴۲
۳۰-۴۰ سال	۱۲۶	۴۸
سن حاملگی		
۲۰ هفته و کمتر	۱۰۱	۳۹
۲۱-۲۹ هفته	۸۶	۳۳
۳۰ هفته و بالاتر	۷۳	۲۸
تحصیلات		
بی سواد	۷	۳
ابتدایی و راهنمایی	۵۳	۲۰
دبیرستان	۱۴۳	۵۵
دانشگاهی	۵۷	۲۲
دفعات حاملگی		
۱	۸۲	۳۲
۲	۱۱۷	۴۵
۳ و بیشتر	۶۱	۲۳
شاخص توده بدنی		
۱۸-۲۵	۴۰	۱۵
۲۵-۳۰	۱۳۴	۵۲
بالاتر از ۳۰	۸۶	۳۳

قرار دادی افراد بر اساس نمره‌های اکتسابی به سه طبقه ضعیف، متوسط و خوب تقسیم شدند.

جهت بررسی روایی صوری و محتوایی ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی مربوطه بعد از مطالعات کتابخانه‌ای طراحی و با کمک ۸ نفر از متخصصین آموزش و ارتقای سلامت، تغذیه و زنان شاخص و نسبت روایی محتوا محاسبه گردید که مقادیر نسبت روایی محتوا برای سؤالات سازه‌ها ۰/۷۸ محاسبه شد. شاخص سادگی برای کل آزمون ۰/۹۵، شاخص وضوح برای کل آزمون ۰/۹۰، همچنین شاخص اختصاصی بودن برای کل آزمون ۰/۹۲ محاسبه گردید. پایایی پرسش نامه با محاسبه ضریب همبستگی درونی بر روی یک گروه ۲۵ نفری از زنان باردار ارزیابی و با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده از طریق پرسش نامه‌ها به کمک نرم افزار SPSS ویرایش شده ۱۸ و با استفاده از آزمون‌های رگرسیون لجستیک، و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد بیشترین فراوانی (۴۸ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و متوسط سن مادران مورد مطالعه ۲۷/۴ سال با انحراف معیار ۵ بود. سن حاملگی ۳۹ درصد از نمونه‌ها کمتر از ۲۰ هفته بود. ۳۱/۵ درصد از مادران مورد مطالعه برای اولین بار، باردار شده و ۴۵ درصد از آنها بارداری دوم بودند. در بین مادران مورد مطالعه و همسرانشان سطح تحصیلات دبیرستانی با ۵۵ و ۵۱ درصد بیشترین فراوانی را داشتند. وضعیت اقتصادی ۷۳ درصد از نمونه‌ها در حد متوسط بوده و بیش از نیمی از مادران باردار دارای نمایه توده بدنی ۲۵-۳۰ کیلوگرم بر متر مربع بودند (جدول ۱).

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار نمره حساسیت ($15/3 \pm 4/2$)، شدت ($9/2 \pm 3/6$)، منافع ($7/9 \pm 2/3$)، موانع ($5/1 \pm 16/8$)، خودکارآمدی درک شده ($2/7 \pm 9/4$) و رفتار مادران باردار در خصوص تغذیه صحیح $4 \pm 19/4$ بود و بین سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و رفتار همبستگی مثبت و معنی دار و بین موانع درک شده و رفتار همبستگی معکوس و معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). وضعیت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین شرکت کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. طبق یافته‌ها، میزان حساسیت و شدت درک شده به ترتیب در ۲۷ و ۴۱ درصد

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین شرکت کنندگان در مطالعه

دامنه نمره	تعداد	درصد
حساسیت درک شده		
ضعیف (۷-۱۷)	۷۰	۲۷
متوسط (۱۸-۲۹)	۱۴۲	۵۵
خوب (۳۰-۳۵)	۴۸	۱۸
شدت درک شده		
ضعیف (۵-۱۲)	۱۰۸	۴۱
متوسط (۱۳-۱۹)	۹۷	۳۷
خوب (۲۰-۲۵)	۵۵	۲۲
منافع درک شده		
ضعیف (۵-۱۲)	۱۲۵	۴۸
متوسط (۱۳-۱۹)	۱۱۰	۴۲
خوب (۲۰-۲۵)	۲۵	۱۰
موانع درک شده		
خوب (۵-۱۲)	۶۴	۲۵
متوسط (۱۳-۱۹)	۱۶۲	۶۲
ضعیف (۲۰-۲۵)	۳۴	۱۳
خود کارآمدی		
ضعیف (۴-۱۲)	۹۷	۳۷
متوسط (۱۳-۱۹)	۹۴	۳۶
خوب (۲۰-۲۴)	۶۹	۲۷
رفتار		
ضعیف (۱۰-۱۷)	۶۷	۲۶
متوسط (۱۸-۲۴)	۱۳۵	۵۲
خوب (۲۵-۳۰)	۵۸	۲۲

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای مادران باردار

متغیر وابسته	متغیر مستقل	P value	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵%
رفتار تغذیه ای	حساسیت درک شده	۰/۰۱	۱/۳۸	۱/۱۵ - ۱/۷۲
	شدت درک شده	۰/۰۳	۱/۰۷	۱/۰۱ - ۱/۵۹
	منافع درک شده	۰/۰۱	۱/۲۵	۱/۱۲ - ۱/۶۷
	موانع درک شده	۰/۰۰۱	۲/۱۴	۱/۳۵ - ۵/۲۲
	خودکارآمدی	۰/۰۱	۱/۶۲	۱/۱۲ - ۲/۳۸

رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت. به نظر می‌رسد که توجه دادن مادران به این مساله که تغذیه صحیح باعث ارتقای سلامت مادر و جنین شده و در کاهش عوارض بارداری مؤثر می‌باشد 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 [۲]. همچنین مطالعه محمود و همکاران در زنان باردار پاکستان نشان داد که بین منافع درک شده رژیم غذایی سالم، و تغذیه صحیح رابطه معنی داری وجود دارد [۲۱]. سازه‌های منافع و موانع درک شده برای بیشتر تئوریهای رفتار بهداشتی معمول هستند و عناصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی هستند. فرد براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می‌دهد یا از انجام آن خود داری می‌نماید [۱۷].

بر اساس یافته‌های این پژوهش، ۷۳٪ از مادران دارای حساسیت درک شده متوسط و خوب و ۴۱٪ شدت درک شده ضعیف داشتند، این بدین معناست که نمونه‌های این مطالعه هر چند خود را در معرض خطر عوارض تغذیه ناسالم و ناکافی می‌دانستند اما این خطر و عوارض را جدی و خطرناک برای سلامتی خود و جنینشان در نظر نمی‌گرفتند. لذا با توجه به رابطه مثبت و معنی دار بین تهدید درک شده و عملکرد تغذیه‌ای لازم است برنامه‌ها و مداخلاتی طراحی و اجرا شوند که مادران باردار از اهمیت و خطرات تغذیه نامناسب در دوران بارداری آگاه شوند. به عقیده محققان داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام یک رفتار کافی نیست بلکه طرز تفکر، نگرش و حساسیت درک شده نسبت به یک مسئله، عامل مهمی در انجام دادن یا انجام ندادن یک رفتار می‌باشد [۱۲]. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی ترکیب حساسیت و شدت درک شده انگیزه و نیرویی جهت انجام یک رفتار فراهم می‌کند [۱۸]. همسو با یافته این پژوهش، مطالعه احمدپور و همکاران در زنان باردار گنبدکاووس [۲۲]، محبی و همکاران در زنان باردار گناباد [۱۵] نشان داد که حساسیت و شدت درک شده با رفتارهای تغذیه‌ای رابطه مثبت و معنی داری دارد.

بر اساس یافته‌های ما رفتار تغذیه‌ای نیمی از زنان باردار در حد متوسط بود. این یافته با مطالعه محبی و همکاران در گناباد (۱۵)، کمالی فرد و همکاران [۵] در کرج همسو بود که نشان دادند زنان باردار مورد مطالعه از نمره عملکرد متوسطی برخوردارند. با ملاحظه عملکرد نمونه‌ها، اقدامات مداخله‌ای برای تغییر رفتار و آموزش رفتارهای سالم تغذیه‌ای در این فرصت طلایی ضروری به نظر می‌رسد. چرا که در این دوران مادران باردار حداقل ماهی یکبار به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند و به دلیل شرایط خاص خود (حفظ سلامت جنین)،

در مطالعه حاضر وضعیت درک مادران باردار از موانع موجود مهمترین متغیر پیشگو رفتارهای تغذیه‌ای بود. بنابراین می‌توان گفت عمده‌ترین عامل جهت اقدام افراد به تغذیه ناسالم موانع درک شده بود. همسو با یافته ما مطالعات مختلف داخلی و خارجی نشان داده‌اند که موانع درک شده توانمندترین بعد در بیان یا پیش بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی است [۸، ۱۲، ۱۶]. از مهمترین موانع درک شده نمونه‌های پژوهش در مطالعه حاضر می‌توان به 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 یافته ما، در مطالعه کلابلن هم موانع درک شده مهمترین پیشگویی کننده عملکرد تغذیه‌ای مادران بود [۱۶]. در مطالعه سان نیز ارتباط معکوس و معناداری بین موانع درک شده و عملکرد تغذیه‌ای نمونه‌ها مشاهده گردید [۱۷]. در مطالعه محبی و همکاران هم با کاهش موانع درک شده عملکرد تغذیه‌ای مادران افزایش یافت [۱۵].

بر اساس یافته‌های این مطالعه خودکارآمدی با رفتار تغذیه‌ای مادران ارتباط مستقیم و معنی داری داشت و بعد از موانع درک شده مهمترین پیشگوی رفتار بود. در مطالعاتی که رابطه خودکارآمدی شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده‌اند نشان داده شده که خودکارآمدی اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و در برخی از بررسی‌ها خودکارآمدی بیش از ۵۰٪ واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کند [۱۸]. در مطالعه ضاربان هم خودکارآمدی رابطه مستقیم و معنی داری با رفتارهای تغذیه‌ای داشت [۱۹]. آبود هم نشان داد که خودکارآمدی یک عامل تعیین کننده معنی دار در پیروی از رژیم غذایی سالم است [۲۰]. باندورا خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل مشخص و مهمترین پیش شرط تغییر رفتار می‌داند و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارتها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد یک فرد با خودکارآمدی پائین، کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده سعی بکند [۱۸، ۱۹]. مطالعات آینده، باید حاوی استراتژی‌هایی برای بالا بردن خودکارآمدی و نیز کاهش موانع درک شده برای اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای سالم باشند.

یافته‌های ما نشان داد تقریباً نیمی از مادران (۴۸٪) منافع درک شده ضعیف داشتند، و بین منافع درک شده و رفتار

که با توجه به محدودیت زمانی و بودجه‌ای تیم تحقیق این مطالعه را فقط در مراکز بهداشت شهری انجام داد لذا تعمیم نتایج به کلیه زنان باردار بایستی با احتیاط صورت گیرد.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر حاصل از طرح پژوهشی شماره ۱۶/۱۲ پ مورخه ۹۳/۱۰/۱۵ دانشکده علوم پزشکی ساوه می‌باشد، لذا ضمن تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده، محققین بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان کارشناسی رشته اتاق عمل دانشکده علوم پزشکی ساوه، مسئولین حوزه معاونت بهداشتی ساوه، مسئولین و کارشناسان مامایی مراکز و نیز کلیه مادران باردار شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

REFERENCES

- Alwan NA, Greenwood DC, Simpson NA, McArdle HJ, Godfrey KM, Cade JE. Dietary iron intake during early pregnancy and birth outcomes in a cohort of British women. *Hum Reprod.* 2011;26(4):911-9. DOI: [10.1093/humrep/der005](https://doi.org/10.1093/humrep/der005) PMID: [21303776](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21303776/)
- 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):2941-52. DOI: [10.4103/2277-9531.112684](https://doi.org/10.4103/2277-9531.112684)
- Wu G, Imhoff-Kunsch B, Girard AW. Biological mechanisms for nutritional regulation of maternal health and fetal development. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26 Suppl 1:4-26. DOI: [10.1111/j.1365-3016.2012.01291.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01291.x) PMID: [22742599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22742599/)
- Guelinckx I, Devlieger R, Mullie P, Vansant G. Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2010;91(2):373-80. DOI: [10.3945/ajcn.2009.28166](https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28166) PMID: [19955397](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19955397/)
- Kamalifard M, Mohammad-Alizade-Charandabi S, Ebrahimi-mamegani M, Asghari-Jafarabadi M, Omid F. The Effect of an Educational Package on Nutritional Knowledge, Attitude, and Behavior of Pregnant Women. *Iran J MednEduc.* 2012;12(9):686-97.
- Ballot DE, Chirwa TF, Cooper PA. Determinants of survival in very low birth weight neonates in a public sector hospital in Johannesburg. *BMC Pediatr.* 2010;10:30. DOI: [10.1186/1471-2431-10-30](https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-30) PMID: [20444296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20444296/)
- 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](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.019) PMID: [21459255](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/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](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.06.017) PMID: [20974416](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/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 Univ Med Sci.* 2012;21(83):27-35.
- Ludwig DS, Currie J. The association between pregnancy weight gain and birthweight: a within-family comparison. *Lancet.* 2010;376(9745):984-90. DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)60751-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60751-9)
- Scott S, Duncan CJ. Malnutrition, pregnancy, and infant mortality: a biometric model. *J Interdiscip Hist.* 1999;30(1):37-60. PMID: [21991620](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21991620/)
- Karimy M, Taher M, Fayazi N, Bayati S, Rezaei E, Rahnama F. Beliefs

از آموزش استقبال می‌کنند. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که ترس از ابتلا جنین به عوارض ناشی از تغذیه نادرست به عنوان یکی از عوامل مهم برای ترغیب مادران باردار برای شرکت در کلاس‌های آموزشی و رعایت رژیم غذایی سالم است [۱۲-۱۶].

نتیجه گیری

با بررسی توان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در تبیین عملکرد تغذیه‌ای مادران باردار و متوسط بودن میانگین نمره سازه‌های مدل و عملکرد، و نیز اهمیت و جایگاه سازه‌های موانع و خودکارآمدی درک شده، ضروری است که در دیگر پژوهش‌ها این سازه‌ها با جزئیات بیشتری مطالعه گردند و مداخلات مناسب جهت افزایش این پیش بینی کننده‌ها و توانمند سازی مادران باردار در بهبود رفتارهای تغذیه‌ای توصیه می‌شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم شرکت دادن زنان باردار روستایی و بخش خصوصی در مطالعه اشاره کرد

- Effective on Nutritional Practices of Pregnant Women in Health Centers of Saveh, Iran. *J Educ Community Health.* 2015;2(3):28-35. DOI: [10.20286/jech-02034](https://doi.org/10.20286/jech-02034)
- Ostadrahimie AR, Safaeian AR, Modaresie J, Porabdollahie P, Mahdavia R. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and nutrition of women employed in Tabriz University of Medical Sciences. *Med Tabriz Uni Med Sci.* 2009;31(4):12-7.
- Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh MR, Hajinajaf S, Jarvandi F. Nutrition education based on health belief model improves dietary calcium intake among female students of junior high schools. *J Health Popul Nutr.* 2014;32(3):420-9. PMID: [25395905](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25395905/)
- 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 Univ Med Sci* 2012;6(1):20-5.
- 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/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](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.04.144) PMID: [16966048](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16966048/)
- Karimy M, Araban M, Zareban I, Taher M, Abedi A. Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: an explanation based on health belief model. *Med J Islam Repub Iran.* 2016;30(1):476-83.
- 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](https://doi.org/10.4103/2277-9531.145935) PMID: [25540796](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25540796/)
- Abod 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. PMID: [14521826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14521826/)
- 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 Pakistan Med Assoc.* 1997;47(2):60-2.
- Ahmadpoor H, Maheri A, Shojazadeh D. Effectiveness of Nutrition Education Based on Health Belief Model during Pregnancy on Knowledge and Attitude of Women Referred to Health Centers of Gonbad Kavous City. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2015;3(2):52-60.

Measurement of Health Belief Model Construct in Relation With Nutritional Practices of Pregnant Women in Saveh University of Medical Sciences

Mahmood Karimy^{1,*}, Mohammad Taher², Hosein Azarpira¹

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

² MSc, Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

* Corresponding author: Mahmood Karimy, Department of Public Health, Director of Public Health Group, Saveh University of Medical Science, Saveh, Iran. Tel/ Fax: +98-8645226936, E-mail: karimymahmood@yahoo.com

DOI: 10.20286/nmj-24034

Received: 01.05.2016

Accepted: 02.07.2016

Keywords:

Health Belief Model

Pregnancy

Nutritional Practices

How to Cite this Article:

Karimy M, Taher M, Azarpira H. Measurement of Health Belief Model Construct in Relation With Nutritional Practices of Pregnant Women in Saveh University of Medical Sciences. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(3):167-173. DOI: 10.20286/nmj-24034

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Healthy and adequate diet during pregnancy is critical to maternal health as well as to infant growth and development. The aim of this study was to measure health belief model (HBM) constructs in regards with nutritional practices of pregnant women in Saveh University of Medical Sciences.

Methods: A cross-sectional and analytical study was conducted in 2014. The study population was a random multi-stage selection of 260 pregnant women in health centers dependent to Saveh University of Medical Sciences. The data were collected through a self-administered questionnaire based on HBM constructs and the checklist of pregnant women's practice on diet and was analyzed by statistical methods such as logistic regression test and chi-squared test through SPSS version 18.

Results: According to the findings, the mean age of pregnant women was 27.4 ± 5 years. Regression analysis showed that all HBM constructs were significant predictors for nutritional practices ($P < 0.05$). In addition, variables of perceived barriers, self efficacy and perceived sensitivity were identified as the most important constructs of the HBM in predicting nutritional practices.

Conclusions: Our study highlights the need for improving the beliefs related with nutritional behaviors, designing educational programs with emphasis on increasing self-efficacy, and removal of barriers to healthy diet behaviors.