

تأثیر آموزش تغذیه دوران بارداری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گنبد کاووس

حمیده احمدپور^۱، آق بابک ماهری^۲، داود شجاعی زاده^{۳*}

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

۳- استاد، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۹

چکیده

زمینه و هدف

بارداری زمان مناسبی جهت تغییر در عادات غذایی است. آموزش تغذیه‌ای نقش مهمی در ارتقا سلامت مادر و فرزند دارد. لذا این تحقیق با هدف بررسی تأثیر آموزش تغذیه دوران بارداری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، بر آگاهی و نگرش زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری مطالعه نیمه تجربی حاضر، زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گنبد کاووس در سال ۱۳۹۲ بودند. جمعیت آماری در هر گروه حدود ۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای برآورد شد و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. برای تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه از روش پانل خبرگان، آلفا کرونباخ و روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات دریافت شده از دو گروه شاهد و مورد، قبل و دو ماه بعد از مداخله با هم مقایسه و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS v.16 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

بعد از مداخله آموزشی میانگین آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، در گروه مداخله نسبت به شاهد بطور معنی‌دار افزایش یافت، ولی میانگین سازه راهنما برای عمل در این دو گروه، تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری

آموزش بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء آگاهی و نگرش زنان باردار، در خصوص تغذیه دوران بارداری اثربخش بود و انجام مداخلات آموزشی در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها

تغذیه بارداری، آموزش، آگاهی، نگرش، زنان باردار

* نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت.

پست الکترونیک: Shojae5@yahoo.com

■ مقدمه

دوران بارداری به همراه تغییرات فیزیولوژیک فراوان، از مهم‌ترین و پرمخاطره‌ترین دوران‌های زندگی مادر و جنین است که از نظر بهداشتی و اجتماعی برای فرد، خانواده و جامعه اهمیت فراوانی دارد. مادران باردار به دلیل فشارهای قابل ملاحظه این دوران در نتیجه تغییرات هورمونی، متابولیکی و فیزیکی و افزایش نیازهای غذایی، نسبت به سوءتغذیه بسیار آسیب‌پذیر هستند. در واقع رشد و نمو کامل جنین رابطه تنگاتنگی با تغذیه مادر دارد و تأمین نیازهای او با دریافت مواد مغذی مادر آمیخته شده است (۱). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که بهبود تغذیه مادر چه قبل و چه در دوران بارداری، عامل مهم‌تری نسبت به کمیت و کیفیت تغذیه در دوران نوزادی است و در کاهش مرگ و بهبود سلامت نوزادان بسیار تأثیرگذار است (۲). یکی از شاخص‌های معتبر کنترل وضعیت تغذیه، افزایش وزن مادر در دوران بارداری است (۳). اضافه وزن کمتر از مقدار توصیه شده، با نقایص عصبی در جنین، زایمان پیش از موعد و تولد نوزاد کم وزن همراه است. همچنین اضافه وزن بیش از حد مجاز، منجر به تولد نوزادان بزرگ، افزایش سزارین، افزایش بروز فشار خون حاملگی، مسمومیت حاملگی، دیابت حاملگی و خونریزی‌های زایمانی می‌شود. بنابراین زنان باردار در هر شرایط بدنی (لاغر، وزن بالا و چاق)، باید افزایش وزن متناسب با BMI خود داشته باشند (۴).

مواد غذایی مورد نیاز جنین که در دوران بارداری بوسیله جفت از خون مادر تأمین می‌شود، در صورت سوءتغذیه مادر، به راحتی دریافت نخواهد شد. بر این اساس، زنان باردار باید در بهترین شرایط جسمانی بوده و رژیم غذایی مناسب داشته باشند. نیاز به مواد مغذی از یک فرد به فرد دیگر متفاوت بوده و بستگی به شرایطی از قبیل شغل، جغرافیای محل زندگی و سبک زندگی دارد.

افزایش نیاز غذایی زن باردار طی این دوران به معنی غذا خوردن بیش از اندازه یا خوردن به جای دو نفر نیست، بلکه غذای مصرفی باید تازه و مطبوع باشد و البته مقادیر مورد نیاز پروتئین، کربوهیدرات، چربی، ویتامین و سایر مواد معدنی بدن را تأمین کند (۵). تغذیه مادران باردار باید به حدی باشد که ضمن حفظ ذخایر مواد مغذی بدن، دوران شیردهی موفقیت‌آمیزی را در پی داشته باشد. وزن فرد در شروع و حتی قبل از بارداری و همچنین افزایش آن در این دوران روی نتیجه بارداری اثرگذار است.

عقیده بر این است که سوءتغذیه در دوران بارداری و یا پیش از آن، از علل بسیار مهم کم‌وزنی در زمان تولد و مرگ‌ومیر در دوران جنینی و یا در روزها و هفته‌ها و یا ماه‌های اول زندگی می‌باشد (۶). رشد و نمو شیرخوار و کودک، تابعی از تغذیه کوتاه‌مدت و یا درازمدت زن باردار و تغذیه بعدی کودک است. از مادری که از تغذیه صحیح و خوبی در زمان قبل و پس از بارداری برخوردار بوده، انتظار تولد نوزاد سالم می‌رود و نداشتن وضع تغذیه مناسب در این زمان‌ها، احتمالاً تولد نوزاد کم‌وزن با شرایط فیزیکی نامناسب را به دنبال خواهد داشت (۷). کمبودهای تغذیه‌ای به دلیل کاهش وزن جفت، منجر به تولد نوزادان کم‌وزن، زایمان زودرس و یا مشکلات دیگر مانند بالا رفتن فشار خون بارداری می‌شود که ضرورت تنظیم یک برنامه غذایی مناسب در این دوران را می‌طلبد (۸).

باید توجه کرد که تغذیه یک امر چند عاملی است و متأثر از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و غیره می‌باشد. بطور مثال در رابطه با مسائل فرهنگی، پدیده خرافات و سنت‌ها وجود دارد. برای نمونه در برخی فرهنگ‌ها طبقه‌بندی سرد و گرم برای غذاها وجود دارد و اعتقاد بر این است که از خوردن انواعی از غذاها در دوران بارداری باید پرهیز شود و بر عکس لازم است برخی دیگر از مواد غذایی را بیشتر مصرف نمود. همچنین در برخی فرهنگ‌ها به سرپرست خانواده یا به زن باردار از نظر تغذیه بیشتر توجه می‌شود. لذا باید آگاهی جامعه و البته کارکنان بهداشتی به نفع بهبود و افزایش رفتارهای مثبت غذایی در کنار کاهش رفتارهای نامطلوب بکار گرفته شود. دوران بارداری سالم، نیازمند انتخاب رژیم غذایی و سبک زندگی سالم است که در نهایت منجر به حاملگی موفقیت‌آمیز گردد (۹).

سازمان‌های متولی سلامت توصیه نموده‌اند همه مادران باید با دید آینده‌نگر، رژیم غذایی سالمی را در پیش گیرند (۱۰). از آنجا که مادران باردار به دلیل علاقه به جنین خود و حفظ سلامتی او، به توصیه‌های بهداشتی علاقه‌مند بوده و در جستجوی دستیابی به اطلاعات هستند، لذا بررسی آگاهی و نگرش ایشان در این دوره در جهت برنامه‌ریزی برای تغییر در عادات غذایی اهمیت بسیاری دارد (۱۱).

استفاده از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار، احتمال افزایش تأثیر برنامه‌های آموزش بهداشت را بالا می‌برد و ویژگی‌های فردی و محیطی را که بر رفتارها تأثیرگذارند در نظر می‌گیرد (۱۲).



در سال ۱۳۹۲ بود. با اطمینان آماری ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، اندازه نمونه در هر گروه مورد و شاهد حدود ۸۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای بوده و چهار مرکز توسط محقق بر حسب مقدار فرمول تعیین حجم نمونه از بین مراکز تحت پوشش شبکه بهداشتی-درمانی گنبد کاووس انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند.

ملاک گزینش افراد، موافقت ایشان برای ورود به پژوهش و باردار بودن و معیارهای خروج از تحقیق شامل عدم تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی و رخداد پیشامدهای ناگوار برای افراد تحت بررسی بود. هدف پژوهش به تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه بطور شفاف توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت، وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات برای این تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته شامل دو سری سؤال بود. الف) اطلاعات دموگرافیک و پایه شامل سن، تحصیلات زن و همسر، شغل زن، شغل همسر و... ب) سؤالات مربوط به سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی.

بطور کلی سازه‌ها در قالب ۴۷ سؤال اندازه‌گیری شد. پرسش‌های مربوط به آگاهی (۱۶ سؤال)، بخش حساسیت درک شده (۵ سؤال)، شدت درک شده (۶ سؤال)، موانع درک شده (۶ سؤال)، منافع درک شده (۴ سؤال)، پرسش‌های مرتبط با راهنما برای عمل (۵ سؤال) و سنجش خود کارآمدی (۵ سؤال)، بر اساس مقیاس لیکرت با طیف پنج‌تایی (موافقم، نسبتاً موافقم، نظری ندارم، نسبتاً مخالفم، مخالفم)، مورد سنجش قرار گرفتند.

برای سنجش اعتبار محتوی پرسشنامه از روش پانل خبرگان استفاده شد و نظرات اصلاحی هفت متخصص آموزش بهداشت در پرسشنامه اعمال گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش محاسبه آلفا کرونباخ در سنجش مستقیم سازه‌ها استفاده شد و ضریب آلفا، ۰/۷۵ بدست آمد. ضمناً در بررسی پایایی سنجش غیرمستقیم سازه‌ها از روش آزمون مجدد (به فاصله ۱۰ روز برای ۱۰ نفر از نمونه‌ها) استفاده شد و ضریب همبستگی اسپیرمن - براون (۰/۱۲، $P=0/75$) بدست آمد.

نحوه اجرای طرح به این صورت بود که پس از انتخاب دو گروه شاهد و مورد بصورت تصادفی، پرسشنامه تدوین شده توسط محقق توزیع شد و اطلاعات اولیه از آنها دریافت گردید. سپس برنامه آموزشی مدونی با توجه به فرهنگ تغذیه‌ای و سطح سواد زنان باردار در زمینه تغذیه دوران بارداری برای گروه مورد، طی سه جلسه

یکی از استراتژی‌های عمده در برنامه‌های توسعه جهت بهبود تغذیه، آموزش و افزایش آگاهی غذایی خانوار به ویژه مادران است. این بخش در حقیقت قسمتی از همه آموزش‌های اساسی و اصولی در دوران بارداری است. بر اساس نتایج حاصل از مطالعات انجام شده، کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در جهت آموزش تغذیه به منظور افزایش وزن توصیه شده در زنان باردار، نتایج موفقی را در مقایسه با آموزش‌های سنتی داشته است (۴).

نظر به اهمیت اجرای مداخلاتی مانند مداخلات آموزشی (دارای چارچوب نظری از جمله مدل اعتقاد بهداشتی)، برای پیشگیری و کاهش اختلالات ناشی از مشکلات تغذیه‌ای زنان باردار، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش زنان باردار درباره اهمیت تغذیه دوران بارداری انجام شد.

مدل اعتقاد بهداشتی دارای ۶ سازه: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی می‌باشد.

بر اساس فرضیات اصلی این مدل، فرد بر اساس موارد زیر رفتار بهداشتی خود را اتخاذ می‌کند:

- ▲ افزایش حساسیت نسبت به ابتلا به یک بیماری یا دچار شدن به حالتی زیان‌بار در نتیجه اقدام به رفتاری خاص.
- ▲ بالا رفتن ادراک شخص در مورد شدت آسیبی که در نتیجه بیماری یا رفتاری خاص پدید می‌آید.
- ▲ افزایش درک فرد نسبت به منافع حاصل از انجام یک رفتار بهداشتی.

- ▲ کاهش موانع و هزینه‌ها در نتیجه یک رفتار بهداشتی.
- ▲ اطمینان فرد از اینکه دارای توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار بهداشتی است.

- ▲ راهنمایی جهت تسریع در اتخاذ رفتار بهداشتی.

مدل اعتقاد بهداشتی که یک مدل فردگراست و سعی در تغییر آگاهی و نگرش اشخاص دارد، با هدف مطالعه حاضر همسو می‌باشد به همین علت به عنوان چارچوب نظری این مطالعه انتخاب شد.

■ مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع نیمه‌تجربی (شاهددار) قبل و بعد می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان گنبد کاووس



جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات دموگرافیک زنان باردار در دو گروه کنترل و آزمون

متغیر	طبقه‌بندی	گروه کنترل		گروه آزمون		سطح معنی داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سطح سواد	ابتدایی و راهنمایی	۵۰	۶۲/۵	۴۸	۶۰	
	دبیرستان و دیپلم	۲۷	۳۳/۸	۳۰	۳۷/۵	۰/۸
	تحصیلات دانشگاهی	۳	۳/۷	۲	۲/۵	
شغل زنان باردار	خانه‌دار	۷۵	۹۳/۸	۷۴	۹۲/۵	
	آزاد	۲	۲/۵	۵	۶/۳	۰/۰۸
	کارمند	۳	۳/۷	۱	۱/۲	
شغل همسر	بیکار	-	-	۲	۲/۵	
	کارگر	۲۷	۳۳/۷	۲۸	۳۵	۰/۵۶
	کارمند	۵	۶/۳	۳	۳/۷	
	آزاد	۴۸	۶۰	۴۹	۶۱/۳	
نوع مسکن	اجاره یا رهن	۱۲	۱۵	۹	۱۱/۲	
	شخصی	۶۳	۷۸/۷	۶۶	۸۲/۵	۰/۷۸
	سازمانی	۵	۶/۳	۵	۶/۳	
تعداد فرزندان	۰	۳۳	۴۱/۲	۳۴	۴۲/۵	
	۱	۲۹	۳۶/۳	۳۳	۴۱/۳	
	۲	۱۳	۱۶/۲	۷	۸/۷	۰/۶۳
	۳	۴	۵/۱	۵	۶/۳	
	۴	۱	۱/۲	۱	۱/۲	
هزینه خوراک	کمتر از نصف درآمد	۱۰	۱۳/۶	۱۹	۲۴/۷	
	نصف در آمد	۵۲	۶۴/۲	۴۳	۵۳/۱	۰/۲۸
	بیشتر از نصف درآمد	۱۸	۲۲/۲	۱۸	۲۲/۲	
میانگین سن		۲۵ ± ۵/۷		۲۶/۵ ± ۵/۷		۰/۱

۳۰ دقیقه‌ای به همراه پمفلت، جزوه آموزشی و پوستر اجرا شد. با توجه به اینکه پرسش و پاسخ و بحث گروهی بهترین روش جهت آموزش و تغییر در نگرش افراد است، ارائه مطلب در این جلسات به این شیوه صورت گرفت، به این ترتیب که ابتدا آموزش‌دهنده، مقدمه‌ای در مورد نقش تغذیه مناسب در دوران بارداری در سلامت جنین بیان و سپس سعی می‌کرد، با استفاده از تجارب و اطلاعات خود زنان باردار، نسبت به ارتقاء سطح آگاهی و بهبود نگرش آنها اقدام نماید. دو ماه پس از به اجرا درآمدن برنامه آموزشی مورد نظر، مجدداً همان پرسشنامه توسط افراد تکمیل شد و میزان تغییرات در زمینه آگاهی، حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی، از طریق آزمون آماری تست شد. در نهایت داده‌های دو گروه در مرحله قبل و دو ماه بعد از مداخله آموزشی کدبندی و آنالیز شدند و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS v.16، با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-square، Mann withney u، t-test، مستقل و تحلیل آنالیز کواریانس (ANCOVA)، مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج در سطح آماری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

■ یافته‌ها

در این مطالعه تعداد افراد نمونه در هر گروه آزمون و کنترل ۸۰ نفر، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمون $26/5 \pm 5/7$ سال و در گروه کنترل $25 \pm 5/7$ سال بود. سطح سواد اکثر افراد تحت بررسی در گروه کنترل ($62/5$ درصد)، و در گروه آزمون (60 درصد) در حد ابتدایی و راهنمایی گزارش شد. همچنین شغل اکثر افراد در گروه کنترل ($93/8$ درصد)، و گروه آزمون ($92/5$ درصد)، خانه‌دار و شغل همسر بیشتر افراد در گروه کنترل (60 درصد)، و در گروه آزمون ($61/3$ درصد)، آزاد بود. بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق نوع مسکن بیشتر افراد تحت بررسی در گروه کنترل ($78/7$ درصد)، و در گروه آزمون ($82/5$ درصد)، شخصی گزارش شده است. همچنین بیشتر افراد تحت بررسی تجربه اولین بارداری را داشتند. اکثر افراد تحت بررسی نصف درآمد خود را به تأمین خوراک اختصاص می‌دادند. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای زمینه‌ای سن، سطح سواد، شغل، شغل همسر، نوع مسکن، تعداد فرزندان و هزینه خوراک قبل مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت (جدول شماره ۱).

از آزمون آنالیز کواریانس (ANCOVA)، بعد از مداخله آموزشی بین گروه‌ها، از نظر میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی تفاوت آماری معنی‌داری یافت شد. ولی اختلاف بین میانگین نمره راهنما برای عمل در گروه کنترل و آزمون، بعد از مداخله آموزشی معنی‌دار نبود (جداول شماره ۲ و ۳).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بین دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله آموزشی، از نظر میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد. ولی اختلاف بین میانگین نمره شدت درک شده در دو گروه قبل از مداخله آموزشی معنی‌دار بود. همچنین بر اساس نتایج حاصل

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین، انحراف معیار و سطح معنی‌داری سازه‌های مدل HBM^۱ در دو گروه قبل از مداخله آموزشی

سازه	قبل آموزش		سطح معنی‌داری
	میانگین گروه کنترل	میانگین گروه آزمون	
آگاهی	۱۰/۱ ± ۲/۷۵	۱۲ ± ۲	۰/۵۷
حساسیت	۱۹ ± ۳/۷	۲۰/۴ ± ۳/۵	۰/۶۲
شدت	۲۰/۷ ± ۳/۶	۲۳/۷ ± ۴/۹	۰/۰۳
منافع	۱۵/۶ ± ۲/۳	۱۶/۹ ± ۲/۲	۰/۸۴
موانع	۱۶/۸ ± ۵	۱۸/۵ ± ۴/۷	۰/۰۸
راهنما برای عمل	۶/۴ ± ۱/۲	۶/۵ ± ۱/۲	۰/۳۷
خودکارآمدی	۱۴/۷ ± ۲/۶	۱۷/۲ ± ۳/۴	۰/۵۶

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین، انحراف معیار و سطح معنی‌داری سازه‌های مدل HBM در دو گروه بعد از مداخله آموزشی

سازه	دو ماه بعد آموزش		سطح معنی‌داری
	میانگین گروه کنترل	میانگین گروه آزمون	
آگاهی	۱۱/۳ ± ۲	۱۳/۷ ± ۱/۷	۰/۰۰۱
حساسیت	۱۹/۷ ± ۲/۸	۲۱/۷ ± ۸/۲	۰/۰۰۱
شدت	۲۲/۳ ± ۳/۳	۲۶/۷ ± ۲/۸	۰/۰۰۱
منافع	۱۶ ± ۱/۹	۱۸ ± ۱/۶	۰/۰۰۱
موانع	۱۸/۱ ± ۴/۳	۲۴/۱ ± ۵/۲	۰/۰۰۱
راهنما برای عمل	۶/۹ ± ۱/۴	۷/۳ ± ۱/۳	۰/۲۴
خودکارآمدی	۱۶ ± ۲/۴	۱۹/۵ ± ۳	۰/۰۰۱

■ بحث

این نتایج در راستای یافته‌های حاصل از مطالعات کم و بیش مشابهی است که درباره زنان باردار در کشورهای مختلف انجام گرفته است. بطوریکه نتایج مطالعات Anderson در اسکاتلند، و Boyd و همکاران در امریکا، نشان داد که آموزش، باعث بهبود سطح آگاهی در زمینه تغذیه در دوران بارداری شده است (۱۳، ۱۴).

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، آگاهی زنان باردار در رابطه با تغذیه دوران بارداری در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی بطور معنی‌داری افزایش یافت و این مطلب مؤید اثربخشی برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، در افزایش آگاهی زنان باردار تحت مداخله می‌باشد.

^۱ Health Belief Model

جهت رعایت رژیم غذایی مناسب و متعادل در دوران بارداری ضروری است. نتایج حاصل از برخی مطالعات نشان می‌دهد که برگزاری کلاس‌های آموزشی در جهت بهبود تغذیه‌های زنان باردار تأثیر معنی‌داری نداشته است و به غیر از آموزش‌های صرف، لازم است در این باره عوامل دیگر تأثیرگذار، ازجمله شیوه زندگی (۲۴)، باورهای جامعه (۲۵) و مسائل اقتصادی و دسترسی به مواد غذایی (۲۶)، اصلاح شوند.

■ نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل پس از مداخله آموزشی بطور معنی‌داری افزایش یافته است و با توجه به این مطلب که این سازه‌ها پیش‌بینی‌کننده و مقدمه اتخاذ رفتار سالم می‌باشند، امید است آموزش افراد بر مبنای تئوری‌ها و مدل‌های تغییر رفتار در زمینه تغذیه مناسب در دوران بارداری اثربخش باشد. نتایج این بررسی یادآور لزوم و اثربخشی اجرای برنامه‌های آموزش تغذیه برای تمامی گروه‌های زنان باردار در سیستم بهداشتی-درمانی می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، تنها عوامل مربوط به فرد (آگاهی، نگرش و...) را در اتخاذ رفتار بهداشتی و سالم مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مداخلات دیگری بر اساس سایر مدل‌های موجود در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، که عوامل بین فردی و اجتماعی تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی را در نظر می‌گیرند، جهت بهبود رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار طراحی و اجرا شوند.

■ تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است که با حمایت مالی آن دانشگاه به مرحله اجرا در آمده است. بدینوسیله از همکاری شبکه بهداشت شهرستان گنبد کاووس و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش که بدون همکاری ایشان ادامه این فعالیت علمی مقدور نبود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مطالعه انجام شده توسط Watson و همکاران بیانگر تأثیر مثبت مداخله آموزشی در افزایش آگاهی از فواید اسیدفولیک می‌باشد (۱۵). همچنین بسیاری از پژوهش‌های دیگر انجام شده مؤید اثربخشی آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود آگاهی افراد تحت بررسی می‌باشد (۱۶).

بر اساس بررسی‌های انجام گرفته، آگاهی افراد، بیشتر در زمینه مقدمات رفتار سالم و بهداشتی است و افزایش آن برای بروز رفتارهای مناسب بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد (۱۷). بنابراین افزایش آگاهی زنان باردار (خصوصاً در زمینه تأثیر تغذیه مناسب در دوران بارداری بر رشد و تکامل جنین، و تأکید بر مضرات تغذیه ناسالم در این دوران)، ضروری است. هر چند تنها افزایش آگاهی برای اتخاذ رفتار بهداشتی کافی نیست و لزوماً ارتباط مثبتی بین این فاکتور و بهبود عملکرد تغذیه‌ای وجود ندارد و مؤلفه‌های دیگری از جمله وضعیت اقتصادی زنان باردار در این مورد تأثیرگذار است (۱۸).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده) که در کل تحت عنوان نگرش در نظر گرفته می‌شوند، در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، دو ماه پس از مداخله آموزشی بطور معنی‌داری افزایش یافته است. افزایش معنی‌دار نمرات اجزای مدل (حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده و خودکارآمدی) پس از آموزش، در مطالعات متعدد دیگری نیز حاصل گردیده است. از جمله مطالعه شریفی‌راد و همکاران در رابطه با آموزش تغذیه‌ای بیماران دیابتی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (۱۹) و مطالعه مردانی حموله و همکاران (۲۰) که در این موارد میانگین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی بعد از آموزش بطور معنی‌داری افزایش یافته بود. همچنین بر اساس پژوهش‌های مختلف صورت گرفته، افزایش حساسیت و شدت درک شده از عوامل پیش‌بینی‌کننده در اتخاذ رفتارهای مناسب بهداشتی می‌باشد (۲۱). طبق نظر Umeh و Rogan موانع درک شده، فاکتور مؤثر در این زمینه است (۲۲). بنابراین این مطلب گویای واقعیتی است که ارائه آموزش‌های لازم به زنان باردار را جهت قبول منافع ناشی از تغذیه مناسب و غلبه بر موانع موجود ضروری می‌داند.

همچنین خودکارآمدی درک شده از عوامل مؤثر در اتخاذ رفتارهای بهداشتی است (۲۳). بنابراین برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی الگو محور در جهت افزایش خودکارآمدی زنان باردار،



■ References

1. Safari M, Saadatmand N, Azaman M. Food intake pattern and related factors in women referred to medical and health center of Yasouj Dena. *Journal of Yasuj faculty of nursing and midwifery*. 2002; 2(2):27-37. [Persian]
2. Scotts Duncan CJ. Malnutrition pregnancy and infant mortality: A biometric model. *J Interdiscip Hist*. 1999;30(1):37-60.
3. Sharifzadeh G, Modi M, Nasseh N. Evaluation of pregnant women weight gain in Birjand health centers in 2007. *J Birjand Univ Med Sci*. 2009;16(3):21-27.[Persian]
4. Sharifirad GR, Tol A, Mohebi S, Matlabi M, Shahnazi H, Shahsiah M. Effectiveness of nutrition education program based on health belief model compared with traditional training on the recommended weight gain during pregnancy. *J Educ Health Promot*. 2013;2:15.
5. The American Dietetic Association, MWard E. *Pregnancy Nutrition: Good Health for You and Your Baby*. New York: Wiley; 1998.
6. Stein CE, Fall CHD, Kumaran K, Osmond C, Barker DJP, Cox V. Fetal growth and coronary heart disease in south India. *The Lancet*. 1996;348(9037):1269-73.
7. Indu B, Adluwalia M. Are women with recent live births aware of the benefits of folic acid?. *Morbidity and mortality weekly report*. 2001;50(RR06):3-14.
8. Stein E, Vlachonikolis I. Nutrition during pregnancy and the effects of an educational intervention program in Greece. *Am J clin nutre*. 1999;50(5):970-9.
9. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(3):553-61.
10. Huxley RR. Nausea and vomiting in early pregnancy role in placental development. *Obstet Gynecol*. 2000;(95):779-82.
11. Rees G, Brooke Z, Doyle W, Costeloe K. The nutritional status of women in the first trimester of pregnancy attending on inner-city antenatal department in the UK. *J R Soc Promot Health*. 2005;125(5):232-8.
12. Jackson Ch. Behavioral science theory and principles for practice in health education. *Health Educ Res*. 1997;12(1):143-50.
13. Anderson AS, Campbell DM, Shepherd R. The influence of dietary advice on nutrient intake during pregnancy. *Br J Nutr*. 1995;73(2):163-77.
14. Boyd NR, Windsor RA. A formative evaluation in maternal and child health practice: the partners for life nutrition education program for pregnant women. *Matern Child Health J*. 2003;7(2):137-43.
15. Watson MJ, Watson LF, Bell RJ, Halliday JL, Burford N, Brennecke SP. A randomized community intervention trial to increase awareness and knowledge of the role periconceptional folat in women of child bearing age. *Health Expect*. 1999;2(4):255-65.
16. Johnson K. A study of nutritional knowledge and supplement use in pregnant women. *J Hum Nutr Diet*. 2000;13(5):363-71.
17. Karimi M, Ghofranipour F, Heydarnia A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of AIDS on addict in Zarandieh. *J Guilan Univ Med Sci*. 2009;18(70):64-73. [Persian]
18. Gilkey MB, Earp JA, French EA. Applying health education theory to patient safety programs: three case studies. *Health Promot Pract*. 2008;9(2):123-9.
19. Sharifirad GhR, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. [Effectiveness of nutrition education on patients with type 2 diabetes: The use of health belief model]. *Iranian Journal of diabet and metabolism*. 2008;7(4):379-86. [Persian]



20. Mardani Hamole M, Shahraki Vahed A. [effectiveness of education based health belief model on diabetic food diet]. Iranian Journal of diabet and metabolism, 2010;9(3):268-75. [Persian]
21. Tanjasiri SP, Sablan-Santos L. Breast cancer screening among Chamorro women in southern California. J Womens Health Gend Based Med. 2001;10(5):479-85.
22. Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviors of Iranian Teachers toward early detection of breast cancer and breast self -examination. Public Health, 2002;116(4):245-9.
23. Kessler TA. Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program. Oncol Nurs Forum. 2012;39(1):61-8.
24. Vameghi R, Mohammad K, Karimloo M, Soleimani F, Sajedi F. The effects of health education through face to face teaching and educational movies, on suburban women in childbearing age. Iran J Public Health, 2010;39(2):77-88.
25. Anderson AS, Campbell DM, Shepherd R. The influence of dietary advice on nutrient intake during pregnancy. Br J Nutr. 1995;73(2):163-77.
26. Yeh MC, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R, et al. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. Health Promot Int. 2008;23(1):42-51.



Effectiveness of Nutrition Education Based on Health Belief Model during Pregnancy on Knowledge and Attitude of Women Referred to Health Centers of Gonbad Kavoos City

Hamideh Ahmadpoor¹, Aghbabak Maheri², Davud Shojaizadeh^{*3}

1. MSc in Health Education, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD Candidate in Health Education and Promotion, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Professor, Health Education and Promotion Department, Faculty of Public health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

Accepted Date: 11/10/2014

Received Date: 06/02/2015

Abstract

Introduction and Aims

Pregnancy is a good time for changing the feeding behaviors. Nutritional education plays an important role in maternal and child health promotion. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of nutrition education based on Health Belief Model during pregnancy on knowledge and attitude of women.

Materials and Methods

This quasi-experimental study was conducted among pregnant women referred to health centers of Gonbad Kavoos city in 2013. Cluster sampling was used for selection of 80 subjects in each study groups, and data were collected using an unstructured questionnaire. Validity and reliability of questionnaire were evaluated by panel of experts, test-retest and reported as Cronbach's alpha. Classified information of two groups were compared before and 2 months after intervention. Data were analyzed by SPSS v.16.

Results

After educational intervention, the mean score of knowledge and Health Belief Model constructs, were significantly increased in intervention group than the control. But the mean of cuse to action of the experiment group, was not significantly different compared to the control.

Conclusion

Education based on Health Belief Model was effective on knowledge and attitude of pregnant women about nutrition and educational interventions in this field are recommended.

Keywords

Pregnancy Nutrition, Education, Knowledge, Attitudes, Pregnant Women

* **Corresponding Author:** Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Public Health.
Email: Shojae5@yahoo.com