



بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی معراج بوشهر در سال ۱۳۹۲

الهام عربی^۱، شایسته صالحی^{*۱}، سعید نجف‌پور بوشهری^۲

^۱ گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خواراسگان (اصفهان)

^۲ گروه علوم تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۲۱ - پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۲)

چکیده

زمینه: بارداری یکی از دوره‌های حیاتی در طول زندگی یک زن محسوب می‌شود. بارداری زمان مناسبی برای آموزش تغذیه است. مادران باردار توجه خاصی به جنبه‌های مختلف بر سلامت خود و جنین دارند و در رابطه با میزان و نوع مواد غذایی مصرفی خود دقت می‌کنند. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی معراج بوشهر در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت نیمه تجربی در دو گروه شاهد و آزمون انجام شد. قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه پرسشنامه بسامد غذایی تکمیل گردیده، سپس مداخله آموزشی برای گروه آزمون در قالب چهار جلسه آموزشی (سه جلسه ویژه زنان باردار و یک جلسه ویژه همسران آنها) برگزار شد و همچنین پمفت آموزشی در زمینه تغذیه صحیح در دوران بارداری به آنها داده شد. سپس اطلاعات از طریق نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۵۵ درصد از زنان سطح تحصیلات تا دیپلم داشتند، اکثر آنها خانه‌دار بودند (۶۵ درصد) و درآمد بیشتر آنها (۴۷/۵ درصد) بیش از یک میلیون تومان بود. همچنین نتایج نشان داد که بین عملکرد تغذیه‌ای آزمودنی‌ها در گروه غذایی نان و غلات ($F=۲۷/۱۱$ و $p=۰/۰۰۱$)، گروه گوشت و مواد پروتئینی ($F=۷/۶۴۷$ و $p=۰/۰۰۹$)، گروه میوه‌جات ($F=۲۰/۹$ و $p=۰/۰۰۱$)، گروه سبزیجات ($F=۶/۲۳۶$ و $p=۰/۰۱۸$) و گروه محصولات لبنی ($F=۳/۶۶$ و $p=۰/۰۴۸$) با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: طراحی و بکارگیری مدل بزنف در تغذیه دوران بارداری می‌تواند مؤثر باشد. این مدل می‌تواند با ساختاری مناسب و هماهنگ در بهبود عملکرد تغذیه‌های مادران باردار مؤثر باشد. طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی با استفاده از این مدل، ارزان، کاربردی و قابل اجرا می‌باشد و چارچوبی سازمان یافته را در اختیار افراد قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: بارداری، تغذیه، مدل بزنف، آموزش

* اصفهان، ارخواییه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خواراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

زنان حامله، هم برای خود و هم برای فرزندانشان مشکلات بیشتری را ایجاد می‌کند (۵). مطالعات مختلفی در مورد تغذیه در زنان باردار صورت گرفته که طبق نتایج بعضی از این مطالعات دریافت اکثر مواد مغذی و دریافت انرژی در زنان باردار ناکافی و یا نادرست می‌باشد. از جمله این مطالعات می‌توان مطالعه نصرآبادی و همکاران با عنوان وزن‌گیری در دوران بارداری و الگوی مصرف گروه‌های غذایی در مادران باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شمال و شرق تهران (۶) و همچنین مطالعه فراهانی‌نیا و همکاران با عنوان الگوی تغذیه زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران را نام برد (۷). افراد جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی و پرهیز از بیماری‌ها به آموزش رفتارهای صحیح نیازمند هستند و در این راستا نقش آموزش بهداشت کلیدی است (۸) و افزایش اثربخشی آموزش بهداشت به استفاده مناسب از نظریه‌ها و الگوها بستگی دارد (۹).

یکی از مدل‌های مفید در آموزش بهداشت، مدل بزنف^۱ می‌باشد. این مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود. این مدل از ترکیب مدل‌های پرسید و قصد رفتاری تشکیل شده است (۱۰). این مدل مشتمل بر اجزای ذیل است؛ Behaviour (رفتار)، Attitude (نگرش)، Subjective Norms (عوامل نرم‌های انتزاعی)، Enabling Factors (عوامل قادر کننده) که حروف اول این مفاهیم تشکیل کلمه BASNEFE را می‌دهد (۱۰). بر اساس این مدل،

سلامت مادران و سلامت نوزادان تازه متولد شده از فاکتورهای مهم جهت پیش‌بینی آینده سلامت در جمعیت ساکن در منطقه است. اصلی‌ترین فاکتور در پیشرفت این افراد، بهبود تغذیه و مراقبت‌های دوران بارداری در نظر گرفته شده است (۱). به خوبی مشخص شده است که وضعیت تغذیه‌ای زن حامله بر نتیجه بارداری او تأثیر می‌گذارد. به خصوص وزن تولد که با مرگ و میر نوزاد و خطراتی که در دراز مدت متوجه او خواهد شد رابطه نزدیکی دارد، کمبود مواد مغذی دریافتی در دوران بارداری علاوه بر کم وزنی با عوارضی چون کم خونی، کرتینیسم، نقص لوله عصبی، شبکوری، نقاپیص مادرزادی، پارگی زود هنگام جفت، پره اکلامپسی، هیپرپاراتیروئیدیسم، محدودیت رشد داخل رحمی، کاهش ایمنی بدن و غیره تؤمن است (۲).

بارداری یکی از دوره‌های حیاتی در طول زندگی یک زن محسوب می‌شود. سلامتی و بیماری مادر در این دوران نه تنها کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند در وضع زندگی و سلامت جنین و نسل‌های آینده نیز نقش مؤثری داشته باشد. رفتارهای مناسب تغذیه‌ای عامل مهمی برای خوب زیستن و برداشت کامل از شرایط موجود در زندگی می‌باشد (۳).

بارداری زمان مناسبی برای آموزش تغذیه است. مادران باردار توجه خاصی به جنبه‌های مختلف بر سلامت خود و جنین دارند و در رابطه با میزان و نوع مواد غذایی مصرفی خود دقت می‌کنند. از این رو با شناخت وضعیت تغذیه مادران باردار می‌توان بر آگاهی آنها افزود (۴). وضعیت تغذیه نامناسب باعث مشکلات جدی سلامتی در همه افراد می‌شود، اما در

^۱ BASNEF model

با توجه به اینکه زنان باردار در مورد توصیه‌های تغذیه‌ای معمولاً دارای انگیزه زیاد و پذیرش قوی هستند و شرکت دادن مادر و (شاید پدر) در تغییر برنامه غذایی و گفتگو و مباحثه در مورد بارداری اغلب روش‌های مؤثری هستند (۱۵) و با توجه به اینکه مطالعه‌ای در این مورد تاکنون انجام نشده‌لذا پژوهشگر بر آن شد تا این تحقیق را با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار انجام دهد تا شاید با مشخص شدن تأثیر این روش آموزشی، زمینه‌ای را جهت ارتقاء سلامت زنان باردار و نوزادان فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت کمی و نیمه تجربی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی معراج بوشهر در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) استفاده شد که از تمام افراد جامعه آماری که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به عنوان نمونه استفاده شد. از جمله شرایط ورود به پژوهش سن بارداری بالای یک ماه و زیر نه ماه و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه و نداشتن بیماری خاص و یا مزمن بود. کل مراجعه کنندگان به مرکز بهداشتی ۷۵ نفر بود نهایتاً ۴۲ نفر دارای شرایط بودند که به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. (یک نفر در گروه آزمون و نفر بعد در گروه شاهد). دو نفر از مطالعه کنار رفته‌که در نهایت ۲۰ نفر در گروه آزمون و ۲۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند.

مردم فقط زمانی یک رفتار را انجام می‌دهند که خودشان به این نتیجه برسند که آن رفتار برایشان منافعی دارد. ارزش‌های مورد نظر افراد جامعه برای انجام کار، ممکن است متفاوت از ارزش‌های کارکنان بهداشتی – درمانی باشد. فرد ممکن است قصد رفتاری را داشته باشد؛ ولی به دلیل اسکال موجود در عوامل قادر کننده مثل؛ پول، وقت، منابع، مهارت‌های ویژه مورد نظر، خدمات بهداشتی در دسترس و مناسب نتواند رفتار مورد نظر را انجام دهد. نرم انتزاعی به معنی نوعی فشار اجتماعی است که از جانب کسانی که برای بیمار مهم (نظیر دوستان، آشنايان، خانواده، رهبران مذهبی و سیستم بهداشتی درمانی) هستند، اعمال می‌شود (۱۶).

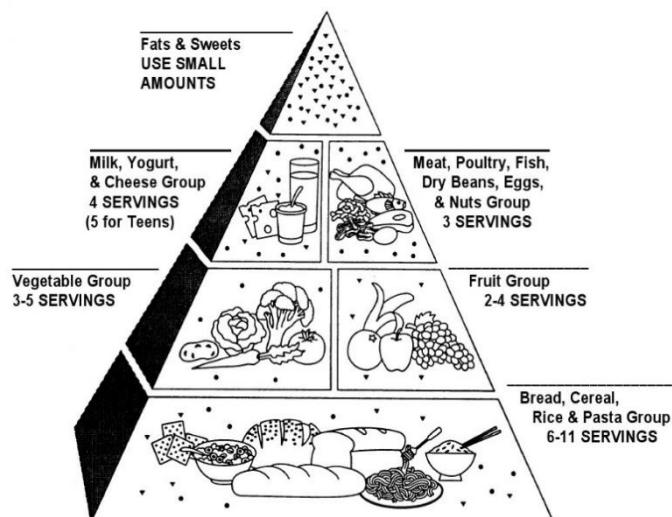
این مدل اولین بار توسط جان هابلی (John Hobli) در سال ۱۹۸۸ مطرح گردید. بر اساس این مدل وقتی فرد رفتار بهداشتی جدیدی را انجام می‌دهد که باور کند انجام آن دارای فواید خاصی برای سلامت و زندگی اش می‌باشد (۱۷). مدل بزنف تاکنون در زمینه‌های مختلف بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته و نتایج قابل قبولی داشته است و جامع‌ترین مدلی است که برای مطالعه و شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای نو و جدید در مددجویان به کار می‌رود، از جمله مطالعات انجام شده بر اساس مدل بزنف در ایران می‌توان به مطالعه هزاوهای و همکاران با هدف «بررسی تأثیر برنامه آموزشی با استفاده از مدل بزنف بر روی مراقبت از چشم بیماران دیابتی (۱۸) و شریفی‌زاد و همکاران، تحت عنوان تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر رفتار شیردهی مادران باردار شهر اراک را نام برد (۱۹).

بسامد مصرف غذایی برای بررسی دریافت‌های مواد مغذی که در تهران انجام شده است را نام برد. در این مطالعه ضریب همبستگی اسپیرمن برای روایی نسبی FFQ از ۱/۱ (چربی جامد) تا ۷۷/ (قندهای ساده) در مردان با میانگین ۴۴/ و از ۱۲/ (اسنک‌ها) تا ۷۹/ (قندهای تصفیه شده) در زنان با میانگین ۴۲/ متغیر بود. میانگین ضریب همبستگی Intraclass پس از تعدیل اثر سن و انژری دریافتی برای پایایی FFQ در مردان ۵۱/ و در زنان ۵۹/ بود (۱۷).

مقایسه میزان مصرف پنج گروه مواد غذایی در گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله بر اساس سروینگ‌های توصیه شده در هرم راهنمای غذایی زنان باردار صورت گرفت.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات عمومی شامل سن، میزان تحصیلات، سن بارداری، وضعیت اشتغال و میزان درآمد ماهیانه خانواده استفاده شد. همچنین از پرسشنامه استاندارد بسامد خوراک (FFQ) که یک بررسی گذشته‌نگر از تکرار دریافت غذایی بر حسب عادات غذایی می‌باشد، جهت بررسی عملکرد تغذیه‌ای شرکت کنندگان استفاده شد. پرسشنامه بسامد خوراک یک پرسشنامه استاندارد می‌باشد پرسشنامه استاندارد قبلاً توسط محققین دیگر تهیه، تنظیم و تجدید نظر شده و روایی و پایایی آن به اثبات رسیده و معمولاً در کتب مرجع و یا مجلات معتبر می‌توان به آن دست یافت (۱۶).

برای مثال می‌توان مطالعه میرمیران و همکاران، با عنوان ارزیابی روایی نسبی و پایایی پرسشنامه



شکل ۱) هرم راهنمای غذایی زنان باردار

در رابطه با محرومانه ماندن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه آزمون و شاهد پرسشنامه بسامد غذایی به صورت self report تکمیل گردیده، سپس مداخله آموزشی

از نمونه‌های مورد پژوهش در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد و به آنها اطلاع‌رسانی شد که در صورت عدم تمايل به شرکت در مطالعه می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به کلیه واحدهای مورد پژوهش

باردار و نقشی که همسران می‌توانند در آن داشته باشند تأکید شد.

با توجه به اینکه یکی از فاکتورهای قادر کننده جهت انجام رفتار، آگاهی است (۱۳) آموزش‌هایی بر اساس مدل بزنف در مورد تغذیه و میزان مصرف از هر کدام از گروه‌های غذایی ارائه شد. همچنین بروشور تهیه شده و در اختیار مادران قرار داده شد. مواردی که خانم‌های باردار دلیل مصرف کم آنها را قیمت بالای آن مواد غذایی بیان می‌کردند را هم توصیه شد که با مواد دیگر هم گروه آن مواد غذایی که قیمت پایین‌تری دارند جبران شوند. همچنین از کارکنان مرکز بهداشت خواسته شد تا در مراجعات زنان باردار به این مرکز آموزش‌های مورد لزوم بر اساس مدل بزنف در مورد تغذیه به آنان داده شود. در ضمن در طی جلسات از طریق پرسش و پاسخ به سوالات شرکت کنندگان پاسخ داده شد و سعی می‌شد با پرسیدن سؤال ایجاد نگرش صحیح و قصد رفتار آنها مشخص شود، در صورت عدم ایجاد قصد رفتار مجددآ آموزش داده می‌شد. چهار ماه بعد از مداخله آموزشی برای گروه آزمون، مجددآ پرسشنامه برای هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردیده و با توجه به مقادیر نرمال مصرف هر کدام از گروه‌های غذایی طبق هرم راهنمای غذایی مقایسه صورت گرفته شد. از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد و به ایشان در مورد محرومانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. آمار توصیفی برای توصیف و بررسی خصوصیات و ویژگی‌های نمونه و از آمار استنباطی برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد که در این پژوهش از تحلیل کوواریانس چند

برای گروه آزمون در قالب سه جلسه آموزشی، هر جلسه آموزشی به مدت دو ساعت و با توافق خود شرکت کنندگان به فاصله ده روزه برگزار گردید و یک جلسه آموزشی جهت همسران آنها برگزار گردید ولی این جلسه آموزشی به دلیل عدم همکاری مناسب همسران یک ماه بعد از پایان جلسات آموزشی مادران برگزار شد. محتوای جلسات آموزشی نیز بر اساس اجزای مدل بزنف در زمینه اهمیت عملکرد صحیح تغذیه‌ای در دوران بارداری و با توجه به اجزای مدل بزنف در راستای ایجاد آگاهی و نگرش صحیح، نرم‌های انتزاعی و فاکتورهای قادر کننده و در نهایت ایجاد قصد رفتار (عملکرد صحیح تغذیه‌ای) بود. آموزش از طریق سخنرانی، پرسش و پاسخ و مشاوره صورت گرفت و همچنین پمپلت آموزشی در زمینه تغذیه صحیح در دوران بارداری به آنها داده شد.

بر اساس این مدل وقتی فرد رفتار بهداشتی جدیدی را انجام می‌دهد که باور کند انجام آن دارای فواید خاصی برای سلامتی و زندگی اش می‌باشد (۱۳). لذا جهت شکل‌گیری باورهای صحیح در شرکت کنندگان آموزش‌هایی بر اساس مدل بزنف در خصوص عواقب و پیامدهای عدم رعایت رژیم غذایی صحیح و منافع حاصل از رعایت آن ارائه گردید تا نهایتاً برای آنها مشخص گردد که آیا از انجام آن رفتار سود خواهد برد یا نه و با توجه به اینکه انتظارات افراد دیگری که در محیط زندگی فرد به سر می‌برند و روابط نزدیکی با او دارند نقش تعیین کننده‌ای در تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار خواهد داشت (۱۳). جهت همسران آنها نیز جلسه‌ای تشکیل شد. در این جلسه نیز از لزوم و اهمیت رعایت رژیم غذایی سالم از جانب زنان

مدت زمان بارداری ۲۷/۵ درصد از کل زنان باردار مورد بررسی ۷ هفته و کمتر، ۲۲/۵ درصد بین ۸ تا ۱۰ هفته، ۲۵ درصد بین ۱۱ تا ۱۳ هفته و ۲۵ درصد ۱۴ هفته به بالا بود. ۳۵ درصد از کل آزمودنی‌ها شاغل و ۶۵ درصد بقیه خانه‌دار بودند. میزان درآمد ماهیانه خانواده ۱۷/۵ درصد از کل زنان باردار مورد مطالعه کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، ۳۵ درصد بین ۵۰۰ تا یک میلیون و ۴۷/۵ درصد بالای یک میلیون تومان بود.

متغیری (مانکووا) و نرم‌افزار spss Inc (spss) ویرایش ۱۸ استفاده گردید.

یافته‌ها

در این تحقیق توزیع سنی جامعه مورد بررسی نشان داد که میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲۵/۶ سال، گروه شاهد ۲۶/۵ سال و کل آزمودنی‌ها ۲۶/۰۲ سال داشتند. ۲۲/۵ درصد از کل آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۲/۵ درصد دیپلم، ۱۷/۳۵ درصد فوق دیپلم و ۲۷/۵ درصد لیسانس بودند.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار عملکرد تغذیه‌ای به تفکیک گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون

| گروه شاهد | | | | گروه آزمایش | | | | عملکرد تغذیه‌ای | |
|--------------|---------|-------|--------------|-------------|-------|--------------|---------|-----------------|---------------------------|
| انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| ۱/۶۶ | ۳/۳۱ | ۲۰ | ۱/۶۸ | ۳/۴ | ۲۰ | ۱/۶۸ | ۳/۴ | ۲۰ | گروه نان و غلات |
| ۰/۸۲ | ۱/۵۷ | ۲۰ | ۰/۷۶ | ۱/۸۳ | ۲۰ | ۰/۷۶ | ۱/۸۳ | ۲۰ | گروه گوشت و مواد پروتئینی |
| ۰/۶۸ | ۲/۲۹ | ۲۰ | ۱/۰۲ | ۲/۹۲ | ۲۰ | ۱/۰۲ | ۲/۹۲ | ۲۰ | گروه میوه‌جات |
| ۰/۹۱ | ۲/۸۹ | ۲۰ | ۱/۳۴ | ۲/۶۹ | ۲۰ | ۱/۳۴ | ۲/۶۹ | ۲۰ | گروه سبزیجات |
| ۰/۹۳ | ۲/۲۸ | ۲۰ | ۰/۹۵ | ۲/۰۳ | ۲۰ | ۰/۹۵ | ۲/۰۳ | ۲۰ | گروه محصولات لبنی |

سبزیجات و محصولات لبنی) به تفکیک گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس آزمون می‌باشد.

جدول ۲) بیانگر میانگین و انحراف معیار متغیر عملکرد تغذیه‌ای در گروه‌های پنچگانه مواد غذایی (گروه نان و غلات، گوشت و مواد پروتئینی، میوه‌جات،

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار عملکرد تغذیه‌ای به تفکیک گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس آزمون

| گروه شاهد | | | | گروه آزمایش | | | | عملکرد تغذیه‌ای | |
|--------------|---------|-------|--------------|-------------|-------|--------------|---------|-----------------|---------------------------|
| انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| ۱/۸۸ | ۳/۸۲ | ۲۰ | ۲/۰۶ | ۶/۶۸ | ۲۰ | ۲/۰۶ | ۶/۶۸ | ۲۰ | گروه نان و غلات |
| ۱/۰۲ | ۱/۷۵ | ۲۰ | ۰/۵۷ | ۲/۴۶ | ۲۰ | ۰/۵۷ | ۲/۴۶ | ۲۰ | گروه گوشت و مواد پروتئینی |
| ۰/۸۱ | ۲/۴۴ | ۲۰ | ۱/۱۲ | ۲/۹۲ | ۲۰ | ۱/۱۲ | ۲/۹۲ | ۲۰ | گروه میوه‌جات |
| ۰/۷۵ | ۳/۲ | ۲۰ | ۰/۸۹ | ۳/۹۷ | ۲۰ | ۰/۸۹ | ۳/۹۷ | ۲۰ | گروه سبزیجات |
| ۱/۴۴ | ۲/۶ | ۲۰ | ۰/۴۵ | ۲/۴۵ | ۲۰ | ۰/۴۵ | ۲/۴۵ | ۲۰ | گروه محصولات لبنی |

و محصولات لبنی) نسبت به گروه شاهد بیشتر می‌باشد.

برای انتخاب نوع آزمون مناسب (پارامتریک یا ناپارامتریک) ابتدا آزمون K-S (کلموگروف اسمیرنوف)

بر اساس دادهای جدول فوق می‌توان گفت که میانگین نمره پس عملکرد تغذیه‌ای آزمودنی‌های گروه آزمایش در گروه‌های پنچگانه مواد غذایی (گروه نان و غلات، گوشت و مواد پروتئینی، میوه‌جات، سبزیجات

استفاده نماییم. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای متغیر عملکرد تغذیه‌ای آزمودنی‌ها در مراحل پیش و پس آزمون در جداول زیر آمده است.

برای خوبی برآنده‌گی اجرا شد تا در صورت نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون‌های پارامتریک و در صورت نرمال نبودن توزیع نمرات از آزمون‌های ناپارامتریک

جدول ۳) نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف مربوط به متغیر عملکرد تغذیه‌ای آزمودنی‌ها در مراحل پیش و پس آزمون

| کالموگروف اسمیرنوف | | مراحل |
|--------------------|-------|---------------------------|
| سطح معنی داری | آماره | |
| <۰/۰۸۹ | ۱/۲۴ | گروه نان و غلات |
| <۰/۰۷۶ | ۱/۲۸ | گروه گوشت و مواد پروتئینی |
| <۰/۳۹ | ۰/۹۰۲ | گروه میوه جات پیش آزمون |
| <۰/۷۱۸ | ۰/۶۹۳ | گروه سبزیجات |
| <۰/۹۶۸ | ۰/۴۹۴ | گروه محصولات لبنی |
| <۰/۲۴۳ | ۱/۰۲ | گروه نان و غلات |
| <۰/۷۷۷ | ۰/۶۶ | گروه گوشت و مواد پروتئینی |
| <۰/۳۴۲ | ۰/۹۳۹ | گروه میوه جات پس آزمون |
| <۰/۸۷۱ | ۰/۵۹۵ | گروه سبزیجات |
| <۰/۰۶ | ۱/۲۲ | گروه محصولات لبنی |

جدول ۴) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پس آزمون‌ها با کنترل پیش آزمون‌های متغیرهای وابسته

| اثر | آزمون | ارزش F | مقدار | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی آزادی خطا | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-------------------|-------|--------|-------|------------------|----------------------|---------------|------------|
| پیلایی سارتلت | | ۰/۶۱۱ | ۹/۱۲۷ | ۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۱ |
| لامبادی ویلکر | | ۰/۳۸۹ | ۹/۱۲۷ | ۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۱ |
| گروه | | ۱/۵۷۴ | ۹/۱۲۷ | ۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۱ |
| اثر هتلینگ | | ۱/۵۷۴ | ۹/۱۲۷ | ۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۱ |
| بزرگترین ریشه خطا | | ۱/۵۷۴ | ۹/۱۲۷ | ۵ | ۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۱ |

شده است. با در نظر گرفتن مجدد اتا، می‌توان گفت که ۱/۶۱ درصد از تغییرات متغیر عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار در گروه‌های پنجگانه مواد غذایی ناشی از برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف می‌باشد. برای بررسی تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول (۵) ارائه شده است.

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود بین گروه‌های آزمایشی و شاهد از لحاظ عملکرد تغذیه‌ای حداقل در یکی از گروه‌های پنجگانه غذایی در سطح ($P < 0.001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف باعت بھبود عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار در گروه‌های پنجگانه مواد غذایی گروه نان و غلات، گوشت و مواد پروتئینی، میوه‌جات، سبزیجات و محصولات لبنی

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا روی نمرههای پس آزمون با کترل پیش آزمونهای متغیرهای وابسته در گروههای آزمایشی و شاهد

| منع | شاخص | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معنی داری | مجذور اتا |
|---------------------------|------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|-----------|
| گروه نان و غلات | | ۹۳۹۰۹ | ۱ | ۹۳۹۰۹ | ۲۷/۱۱ | .۰/۰۰۱ | .۰/۴۵۰ |
| گروه گوشت و مواد پروتئینی | | ۵/۵۸۹ | ۱ | ۵/۵۸۹ | ۷/۶۴۷ | .۰/۰۰۶ | .۰/۱۸۸ |
| گروه گروه میوه جات | | ۱۶/۹۸۹ | ۱ | ۱۶/۹۸۹ | ۲۰/۹ | .۰/۰۰۱ | .۰/۳۸۸ |
| گروه سبزیجات | | ۳/۴۹۶ | ۱ | ۳/۴۹۶ | ۶/۲۳۶ | .۰/۰۱۸ | .۰/۱۵۹ |
| گروه محصولات لبنی | | ۴/۶۱۴ | ۱ | ۴/۶۱۴ | ۳/۶۶ | .۰/۰۴۸ | .۰/۱۲ |

بارداری موجب افزایش معنی داری در مصرف تعداد وعده های غذایی گروه نان و غلات می شود. در مرحله پیش آزمون و با توجه به هرم راهنمای غذایی در زنان باردار، مصرف روزانه آزمودنی های گروه آزمایش در گروه غذایی گوشت و مواد پروتئینی، 80 درصد کمتر از حد مجاز، 15 درصد در حد مجاز و 5 درصد بیش از حد مجاز بوده که بعد از مداخله به 50 درصد کمتر از حد مجاز، 45 درصد در حد مجاز و 5 درصد بیش از حد مجاز تغییر پیدا کرده است.

مصرف روزانه آزمودنی های گروه آزمایش در گروه میوه جات در مرحله پیش آزمون 15 درصد کمتر از حد مجاز، 75 درصد در حد مجاز و 10 درصد بیش از حد مجاز بوده که بعد از مداخله به 65 درصد در حد مجاز و 10 درصد بیش از حد مجاز تغییر کرده است. در مرحله پیش آزمون مصرف روزانه آزمودنی های گروه آزمایش در گروه غذایی سبزیجات، 65 درصد کمتر از حد مجاز، 30 درصد در حد مجاز و 5 درصد بیش از حد مجاز بوده که بعد از مداخله به 15 درصد کمتر از حد مجاز، 65 درصد در حد مجاز و 10 درصد بیش از حد مجاز بوده که بعد از مداخله به 15 درصد کمتر از حد مجاز، 10 درصد در حد مجاز و 5 درصد بیش از حد مجاز تغییر پیدا کرده است. بر اساس نتایج، میانگین مصرف میوه و سبزیجات در گروه شاهد و آزمون پس از آموزش بر اساس مدل بزنف تفاوت معنی داری وجود دارد که با مطالعه

نتایج تحلیل کوواریانس های یکراهه مندرج در جدول ۵ نشان می دهدند که بین عملکرد تغذیه ای آزمودنی ها در گروه غذایی نان و غلات ($F=27/11$) و ($p=0/001$)، گروه گوشت و مواد پروتئینی ($F=7/647$) و ($p=0/009$)، گروه میوه جات ($F=20/9$) و ($p=0/001$)، گروه سبزیجات ($F=6/236$) و ($p=0/018$) و گروه محصولات لبنی ($F=3/66$) و ($p=0/048$) بین گروه های آزمایشی و شاهد تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث

مصرف روزانه آزمودنی های گروه آزمایش در گروه نان و غلات در مرحله پیش آزمون 90 درصد کمتر از حد مجاز و 10 درصد در حد مجاز بوده که بعد از مداخله به 35 درصد کمتر از حد مجاز و 65 درصد در حد مجاز تغییر کرده است. یافته های مطالعه حاضر نشان داد آموزش بر اساس مدل بزنف موجب اصلاح میزان دریافت گروه های غذایی توصیه شده (بر اساس هرم غذایی مادران باردار) در گروه آزمون شده است. فراوانی مصرف ناکافی نان و غلات قبل از مداخله آموزشی و ارتقای آن پس از آموزش بر اساس مدل بزنف با مطالعه شاکری و همکاران همخوانی دارد (۱۸). بر اساس مطالعه ایشان، مداخله آموزشی در زمینه تغذیه دوران

در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران که به بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود جهت کترل فشار خون از طریق مدل بزنت بر روی بیماران با مشکل افزایش فشار خون پرداختند، نتایج نشان داد رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به فشار خون کم است و اجرای برنامه‌هایی آموزشی از جمله مدل بزنت باعث ارتقاء مراقبت از خود در این بیماران می‌شود (۲۰).

نتیجه‌گیری

به عنوان نتیجه کلی در این پژوهش می‌توان اظهار نمود که طراحی و بکارگیری مدل بزنت در تغذیه دوران بارداری می‌تواند مؤثر باشد. این مدل می‌تواند با ساختاری مناسب و هماهنگ در بهبود عملکرد تغذیه‌ای مادران باردار مؤثر باشد. طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی با استفاده از این مدل، ارزان، کاربردی و قابل اجرا می‌باشد و چارچوبی سازمان یافته را در اختیار افراد قرار می‌دهد.

از محدودیت‌های پژوهش همکاری نکردن تعدادی از شرکت کننده‌ها و خارج شدن آنها از پژوهش و کند شدن روند پیشرفت مطالعه و همچنین همکاری نکردن تعدادی از همسران در تشکیل جلسه آموزشی و ایجاد تأخیر در تشکیل جلسه آموزشی را می‌توان ذکر کرد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسنده‌گان بیان نشده است.

References:

- 1.Saberi M, Khalili por darestani M. Modern basic nutrition. 1th ed. Tehran: Royan pajoh, 2013, 688. (Persian)
- 2.Mahan LK, Escott-Stump S. Krauses food, nutrition and diet therapy. 11th ed. Philadelphia: Saundres Company, 2004, 1249.
- 3.Verbeke W, Bourdeaudhuij I. Dietary

شاکری و همکاران همخوانی دارد (۱۸). Kirkham (Kirkham) و همکاران معتقدند، برگزاری مداخله آموزشی با چار چوب و محتوى مناسب، در طول بارداری منجر به اصلاح مصرف گروههای غذایی مورد نیاز مادران باردار می‌شود (۱۹).

صرف روزانه آزمودنی‌های گروه آزمایش در گروه لبینیات در مرحله پیش آزمون ۸۵ درصد کمتر از حد مجاز و ۱۵ درصد در حد مجاز می‌باشد که بعد از مداخله به ۶۰ درصد کمتر از حد مجاز و ۴۰ درصد در حد مجاز تغییر کرده است.

بر اساس نتایج جداول فوق بین عملکرد تغذیه‌ای آزمودنی‌ها در گروه غذایی نان و غلات ($F=27/11$ و $p=0/0001$)، گروه گوشت و مواد پروتئینی ($F=7/647$ و $p=0/009$)، گروه میوجات ($F=20/9$ و $p=0/001$)، گروه سبزیجات ($F=6/236$ و $p=0/0001$) و گروه محصولات لبنی ($F=3/66$ و $p=0/018$) بین گروههای آزمایشی و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

می‌توان گفت که برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنت باعث بهبود عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار در گروههای پنجگانه مواد غذایی گروه نان و غلات، گوشت و مواد پروتئینی، میوه‌جات، سبزیجات و محصولات لبنی شده است. با در نظر گرفتن محدوده ای زنان ۶۱/۱ درصد از تغییرات متغير عملکرد تغذیه‌ای زنان باردار در گروههای پنجگانه مواد غذایی ناشی از برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنت می‌باشد.

Behaviour of Pregnant Versus Non-Pregnant Women. Appetit 2007; 48: 78-86.

4.Abedini Z, Gaini M. Dietary food intake of pregnant women based on food guide pyramid and its related factors. IJN 2012; 24: 36-46. (Persian)

5.De Weerd S, Steegers EA, Heinen MM, et al.

- Perception nutritional intake and lifestyle factors: first results of an explorative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111: 167-72.
6. Mohamadi Nasrabadi M, Amir Aliakbari S, Mohamadi Nasrabadi F, et al. Weight gain and food group consumption patterns in pregnant women of north and east hospitals of Tehran. *IJEM* 2003; 12: 609-17. (Persian)
7. Farahaninia M, Farahaninia S, CHamri M, et al. Nutritional Pattern of Pregnant Women Attending to Health Centers Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing* 2008; 25: 34-45. (Persian)
8. Nwokoji UA, Ajuwon AJ. Knowledge of aids and hiv risk-related sexual behavior among Nigerian naval personnel. *BMC Public Health* 2004; 4: 24.
9. Lynch L, Happell B. Implementation of clinical supervision in action: Part 2: implementation and beyond. *Int J Ment Health Nurse* 2008; 17: 65-72.
10. Didarlo A, Shojaeizade D, Mohamadian H. Application of theory in health education and health promotion. 1th ed. Tehran: Sobhan, 2009, 238. (Persian)
11. Hazavehei SM, Khani Jeihooni A, Hasanzadeh A, et al. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model for Eye Care in Non-insulin Dependent Diabetic Patients. *J Res Health Sci* 2010; 10: 81-90.
12. Zendatalab H, Vaghei S, Emami MZ. Effect of intervention based on BASNEF model on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Evidence Based Care J* 2013; 3: 7-16. (Persian)
13. Safari M, Shojaeizade D, Ghofranipoor F, et al. Theories, models and methods of health education and health promotion. 2th ed. Tehran: Sobhan, 2013, 234. (Persian)
14. Sharifirad GR, Tol A, Mohebi S, et al. The effectiveness of nutrition education program based on health belief model compared with traditional training. *J Educ Health Promot* 2013; 31: 15. (Persian)
15. Krause L. Nutrition and diet therapy. 2th ed. Tehran: Hayyan, 2004, 207.
16. Abedi HA, Hosseini N, Shahriari M, et al. Research methodology in nursing and midwifery. 1th ed, Isfahan: Khurasgan Univeristy, 2008, 233. (Persian)
17. Mirmiran F, Hosseini-Esfahani F, Azizi F. Reproducibility and relative validity of food group intake in a food frequency questionnaire developed for the Tehran lipid and glucose study. *Iranian J Diabetes Metab* 2009; 9: 185-97. (Persian)
18. Shakeri M, Mazlomzade S, Mohamadian F, et al. Effectiveness of Antenatal Preparation for Childbirth Classes on Pregnant Women Nutritional Behavior. *ZUMS J* 2013; 21: 102-10. (Persian)
19. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1307-16.
20. Baghianimoghadam MH, Rahae Z, Morowatisharifabad MA, et al. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNEF model in hypertensive patients. *J Res Med Sci* 2010; 15: 70-77. (Persian)

Original Article

The Study of Educational Program Effect Based on BAZNEF Model on Nutritional Performance of Pregnant Women Referred to Meraj Health Center of Bushehr in 2013

E. Arabi¹, SH. Salehi^{1*}, S. Najafpoor Bushehri²

¹Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasan (Isfahan)

²Department of Nutrition, School of Public Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

(Received 11 Jan, 2015

Accepted 22 Apr, 2015)

Abstract

Background: Pregnancy is one of the critical periods in a woman's life. Pregnancy is a suitable time for nutrition education. Pregnant women pay special attention to various aspects of their health, their fetuses' health and they are accurate about the amount and type of food who consume. So, the aim of this study was to determine the effect of educational program based on BASNEF model on pregnant women's performance referred to Meraj health centers in 2013 in Bushehr.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted in two groups including control and experimental group. Before the intervention in both groups, food frequency questionnaires completed, then educational intervention for experimental group was done in four sessions (three sessions for pregnant women and one session for their husbands) and educational pamphlets were given to them about suitable nutrition during pregnancy. Data were analyzed by using SPSS18 software.

Results: Results showed that 55% of women had an education level until diploma, most of them were housewives (65%) or their income (47.5%) was more than one million Tomans. The results showed that between nutrition performance of experimental group in food groups of bread and cereals ($F=27.11$ and $p=0.0001$), meat and protein group ($F=7.647$ and $p=0.009$), fruit group ($F=20.9$ and $p=0.0001$), vegetables ($F=6.236$ and $p=0.018$) and dairy products ($F=3.66$ and $p=0.048$), had a significant difference with control groups.

Conclusion: Designing and implementation of BASNEF model can be effective in pregnancy nutrition. This model can be effective with proper and coordinated structure in improving the pregnant women nutrition. Designing intervention and educational programs is inexpensive, functional and applicable by using this model and provide an organizational framework to individuals as well.

Key words: Pregnancy, Nutrition, BASNEF model, Education

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Arabi E, Salehi SH, Najafpoor Bushehri S. The Study of Educational Program Effect Based on BAZNEF Model on Nutritional Performance of Pregnant Women Referred to Meraj Health Center of Bushehr in 2013. Iran South Med J 2016; 19(3): 435-445

Copyright © 2016 Arabi, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

*Address for correspondence: Isfahan, Arghavanieh, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: salehi@nm.mui.ac.ir