

بررسی مراحل تغییر رژیم غذایی و نگرش به تغذیه در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری - مامایی فاطمه (س) شیراز

مهناز شفاخواه^۱ - دکتر مرضیه معطری^۲

چکیده

مقدمه: تغذیه نقش مهمی را در حفظ سلامتی و جلوگیری از بیماری‌ها ایفا می‌کند. نگرش دانشجویان نسبت به تغذیه می‌تواند نیز نقش اساسی رفتار غذایی آن‌ها دارد. این مطالعه به منظور تعیین مراحل تغییر رژیم غذایی با توجه به متغیرهای دموگرافیکی - اجتماعی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سال و رشته تحصیلی، شاخص توده بدنی) و نیز نگرش به تغذیه در دانشجویان پرستاری و مامایی شیراز انجام شد.

روش: این مطالعه توصیفی بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان پرستاری و مامایی سال‌های اول تا چهارم شیراز انجام گردیده است. جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و به روش مصاحبه توسط مصاحبه‌کنندگان آموزش دیده صورت گرفته است. پرسشنامه بر اساس مدل تغییر رفتار ترنس تئوریتیکی پروچاسکا که دارای ۶ حیطه تغییر در رفتارهای تغذیه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها با استفاده از برنامه SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: داده‌ها نشان می‌دهد که ۲۹/۳٪ دانشجویان در مرحله پیش‌اندیشی، ۵۰/۳٪ در مرحله پویا (اندیشیدن، آمادگی و عمل)، ۱۱٪ در مرحله حفظ و نگهداری و ۹/۳٪ در مرحله برگشت قرار داشتند. بیشتر افراد مورد مطالعه با میانگین سنی ۲۱/۵ سال در مرحله پویا قرار داشتند. بیشتر آقایان (۴۸/۸٪) در مرحله پیش‌اندیشی و بیشتر خانم‌ها (۵۳/۶٪) در مرحله پویا (شامل مراحل اندیشیدن، آمادگی، عمل) قرار داشتند. بیشتر افراد مجرد و نیز متأهل در مرحله پویا قرار گرفته بودند (به ترتیب ۴۸/۸٪، ۵۸/۱٪). بیشتر دانشجویان پرستاری و مامایی (به ترتیب: ۴۷/۳٪، ۵۸/۹٪) و نیز بیشتر دانشجویان سال‌های اول تا چهارم (به ترتیب ۴۷/۸٪، ۴۹/۴٪، ۵۵/۹٪) در مرحله پویا قرار داشتند. اکثر افراد قرار گرفته در هر سه طبقه‌بندی طبقه‌بندی کم وزن، دارای وزن طبیعی و اضافه وزن در مرحله پویا قرار داشتند (به ترتیب: ۵۳/۹٪، ۴۹/۶٪، ۵۱/۸٪). داده‌های مربوط به نگرش به تغذیه نشان می‌دهد، بیشتر دانشجویان پرستاری و مامایی، نیاز به تغییر در رژیم غذایی را در خود احساس می‌کنند (به ترتیب: ۵۱٪ و ۵۹٪). به جنبه‌های تغذیه‌ای مواد خوراکی فکر می‌کنند (به ترتیب: ۷۸/۴٪ و ۸۲٪) و نسبت به گزینه کسب اطلاعات در مورد تغذیه سالم موافق هستند (به ترتیب: ۸۳/۳٪ و ۸۵/۹٪).

نتیجه‌گیری: وضعیت دانشجویان پرستاری و مامایی شیراز، از نظر مراحل تغییر رفتارهای رژیم غذایی و نیز نگرش به تغذیه مثبت بوده است. به نظر می‌رسد که توجه به آموزش اصول تغذیه و به‌کارگیری آن در روند آموزشی دانشجویان که به منظور مدیریت مسایل بیمار در زمینه تغذیه صورت می‌گیرد عامل مهمی در دستیابی به نتایج فوق‌الذکر باشد. پیشنهاد می‌شود انجام این پژوهش بر روی سایر دانشجویان پرستاری و مامایی و نیز سایر رشته‌های دانشگاهی در سطح وسیع‌تری تکرار گردد.

واژه‌های کلیدی: مدل مراحل تغییر، نگرش به تغذیه، رژیم غذایی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۹/۲۵

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بیمارستان نمازی، بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب
۲ - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، گروه پرستاری (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: moattari@yahoo.com

مقدمه

امروزه تغذیه یک عامل مهم سبب شناسی مرگ و ناتوانی می‌باشد (۱). چاقی، فشارخون بالا، کم خونی، استئوپروز، دیابت، سرطان و آترواسکلروز قلبی بیماری‌هایی هستند که تغذیه در آن‌ها دخیل می‌باشد (۳-۱). تغییرات وزن، پر وزنی و کم وزنی، هر دو با افزایش ابتلا به بیماری و مرگ و میر همراه هستند (۱). با ورود به قرن بیست و یکم، هنوز حدود ۸۰۰ میلیون از مردم جهان، شامل ۷۰ و ۲۰۰ میلیون کودک، به ترتیب مبتلا به سوء تغذیه مزمن و کم وزنی هستند (۴) بر اساس گزارش اخیر (۲۰۰۶) از سازمان جهانی بهداشت، ۳۵۰ میلیون نفر فرد چاق و یک بیلیون نفر با اضافه وزن، در جهان وجود دارد (۵).

در سال‌های اخیر ارتباط بین رژیم غذایی و شیوع بیماری مشخص شده است و در نتیجه تغییرات رژیم غذایی به عنوان سنجش ارتقای سلامت مورد توجه قرار گرفته است (۳-۱۲-۶). برای پزشکان و پژوهشگران ارتقای سلامت، فهم عوامل مؤثر در تغییرات رژیم غذایی در افراد جامعه مهم است. چرا که مداخلات آنان زمانی مؤثر خواهد بود که بر اساس آگاهی از عوامل تأثیرگذار در تغییرات رژیم غذایی، آشنایی با تئوری‌های ثبت شده و پژوهش در زمینه تغییر رفتار در ارتباط با سلامتی باشد.

مدل مراحل تغییر^۱ به عنوان یکی از روش‌های شناسایی تغییر در رژیم غذایی شناخته شده است (۱۲). در این مدل، که توسط پروچاسکا^۲ و همکارانش تدوین شده است (۱۳) تغییر رفتار به صورت فرآیندی پویا و شامل چندین مرحله مشخص در نظر گرفته شده است (۱۲):
۱. پیش اندیشی^۳ (ناآگاه از مشکل (۱۲)، عدم قصد برای تغییر رفتار در آینده‌ای نزدیک (۱۴))، ۲. اندیشیدن^۴ (آگاه بودن از مشکل موجود (۱۵) و اندیشیدن برای تغییر رفتار (۱۲) در طی ۶ ماه آینده (۱۶))، ۳. آمادگی یا تصمیم‌گیری^۵ (برنامه‌ریزی برای تغییر رفتار (۱۴) در ماه آینده (۱۶))، ۴. عمل^۶ (تغییر در رفتار یا محیط اطراف به صورت فعالانه (۱۲) طی مدت کمتر از ۶ ماه (۱۶))، ۵. حفظ و

نگهداری^۷ (پیشگیری از بازگشت به مراحل قبل (۱۵) و حفظ رفتارهای جدید و سالم تر (۱۲) در فاصله زمانی بیشتر از ۶ ماه (۱۶)). اگر چه در مدل فوق، ۵ مرحله تغییر ارائه شده است اما پروچاسکا معتقد است که حرکت در مراحل تغییر، الزاماً به صورت خطی نیست و افراد ممکن است حتی چندین بار به مراحل قبلی تغییر بازگشت داشته باشند. لذا علاوه بر ۵ مرحله فوق، مرحله برگشت^۸ (ترک رفتارهای سالم، یا بازگشت به رفتارهای کم‌سالم قبلی)، نیز بر اساس این دیدگاه قابل ارزیابی است (۱۲ و ۱۷). لذا مطابق با مدل پروچاسکا، تغییرات در الگوهای غذایی به صورت وارد شدن گام به گام در مراحل و سازگاری با آن مراحل با گذشت زمان فرض شده است. همچنین، افراد از نظر آمادگی، اهداف و رفتارهایشان برای تلاش در تغییر رفتار غذایی در هر مرحله‌ای متفاوت هستند (۱۲). این تفاوت‌ها به کشف این که چگونه و چرا افراد در طول این مراحل حرکت می‌کنند کمک می‌کند. علاوه بر این پیشنهاد شده است که انجام مداخلات خاص هر مرحله موفقیت‌آمیزتر از مداخلات غیر خاص هر مرحله می‌باشد (۱۵).

در برخی مطالعات (۱۲ و ۲۰-۱۷)، تأثیر متغیرهای دموگرافیکی-اجتماعی در توزیع افراد در مراحل تغییر نیز مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها، بیشتر افراد با سطح تحصیلات بالاتر، زنان و جوانان در مرحله حفظ و نگهداری قرار داشته‌اند (۱۲، ۱۸ و ۱۹).

توجه به مراحل تغییر در رفتارهای تغذیه‌ای بر اساس این مدل مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بوده است (۱۲، ۱۹-۱۷ و ۲۵-۲۱). اما شناسایی مراحل تغییر در دانشجویان بندرت (۲۶)، مورد پژوهش قرار گرفته است. این در حالی است که شناسایی مراحل تغییر در گروه‌های مختلف و به ویژه دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی که در آینده شغلی خود به عنوان یک عامل مؤثر در تغییر رفتارهای بهداشتی افراد جامعه عمل می‌کنند حائز اهمیت است. از طرفی وضعیت دانشجویان از نظر قرار گرفتن در مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی می‌تواند بازتابی از سطح دانش و نگرش آنان به تغییر رفتار در زمینه تغذیه به عنوان یکی از سبک‌های مهم زندگی سالم باشد. در این رابطه نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که میزان آگاهی

- 1 - Stages of change model
- 2 - Prochaska Transtheoretical Model (TTM)
- 3 - Precontemplation
- 4 - Contemplation
- 5 - Preparation or decision
- 6 - Preparation or decision

- 7 - Maintenance
- 8 - Relapse

پزشکان و دانشجویان پزشکی در مورد اصول تغذیه در حد متوسط است و ارتقای آگاهی تغذیه‌ای در برنامه درسی دانشگاه‌های پزشکی و هنگام فعالیت‌های بالینی ضروری به نظر می‌رسد (۴) لذا این پژوهش با هدف شناسایی مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی دانشجویان پرستاری و مامایی با توجه به متغیرهای دموگرافیکی-اجتماعی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سال و رشته تحصیلی، شاخص توده بدنی) و نیز تعیین وضعیت نگرش آنان نسبت به تغذیه انجام شده است.

روش مطالعه

این مطالعه مقطعی - توصیفی بر روی کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی سال‌های اول تا چهارم دانشکده پرستاری - مامایی فاطمه (س) شیراز که داوطلب شرکت در پژوهش بودند (۳۰۰ نفر) انجام گردیده است. جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه و توسط مصاحبه‌کنندگانی آموزش دیده صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل سه بخش بوده است. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیکی، بخش دوم مربوط به مراحل تغییر رژیم غذایی و بخش سوم مربوط به نگرش به تغذیه بوده است.

در بخش اطلاعات دموگرافیک علاوه بر اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، سال و رشته تحصیلی، قد و وزن افراد نیز به منظور محاسبه شاخص توده بدنی اندازه‌گیری می‌شد. شاخص توده بدنی، با استفاده از فرمول وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر (kg/dm^2) محاسبه و افراد در ۳ طبقه‌بندی کم وزن ($<18.5 \text{kg}/\text{m}^2$)، دارای وزن طبیعی ($18.5 - 24.9 \text{kg}/\text{m}^2$) و اضافه وزن ($>25 \text{kg}/\text{m}^2$) قرار گرفتند.

اندازه‌گیری وزن و قد با استفاده از ابزارهای دقیق (وزنه و قدسنج) و با رعایت کلیه موازین اندازه‌گیری انجام شد. برای تأمین روایی، اندازه‌گیری وزن با استفاده از یک وزنه که قبل و در حین پژوهش دقت اندازه‌گیری آن کنترل می‌شد استفاده شد. از افراد درخواست می‌شد تا از به همراه داشتن هر گونه پوشش اضافی اعم از کفش، کلاه، کمربندهای سنگین، طلا و جواهر در هنگام اندازه‌گیری وزن خودداری کنند. همچنین به منظور حفظ روایی برای اندازه‌گیری قد از افراد درخواست می‌شد تا بدون کفش در

کنار دیوار بایستند، سپس یک صفحه فلزی بر روی سر آن‌ها قرار داده می‌شد و نقطه تماس صفحه با دیوار (اندازه قد) نشانه‌گذاری می‌شد و فاصله نقطه نشان‌گذاری شده از کف به کمک یک متر فلزی اندازه‌گیری می‌شد. همچنین برای کسب اطمینان از پایایی نتایج خوانده شده وزن و قد ۲۰ دانشجویان، نتایج هم‌زمان اندازه‌گیری شده وزن و قد دانشجویان که توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر آموزش دیده دیگری اندازه‌گیری شده بود مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی یافته‌ها در اندازه‌گیری قد دانشجویان توسط ۲ نفر $I=0.99$ بود ($p=0.001$). همچنین میانگین داده‌های به دست آمده با هم تفاوت معنادار آماری نداشتند ($p=1$) و $t=0.001$. همبستگی یافته‌ها در اندازه‌گیری وزن دانشجویان توسط ۲ نفر $I=0.100$ بود ($p=0.001$). همچنین میانگین داده‌های به دست آمده با هم تفاوت معنادار آماری نداشتند ($t=1.453$ و $p=0.163$).

مراحل تغییر رژیم غذایی بر اساس الگوریتم مورد استفاده در تحقیقات دیگری (۱۹، ۱۲-۱۷ و ۲۱-۲۵) تعیین شده است. با توجه به این که الگوریتم مود استفاده بر اساس نظریه تغییر رفتار پروچاسکا بوده است از نظر روایی مورد تأیید می‌باشد. علاوه بر این کاربرد وسیع این الگوریتم در سایر تحقیقات (۱۹، ۱۲-۱۷ و ۲۱-۲۵) حاکی از مقبولیت ابزار مورد استفاده است. همچنین پرسشنامه ترجمه شده به نظر ۱۰ نفر از اساتید و صاحب نظران دانشکده پرستاری رسید و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید که از این طریق روایی سؤالات ترجمه شده مربوط به الگوریتم مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی، از روش آزمون - بازآزمایی^۱ استفاده شد. برای این منظور، ۲۰ نفر از دانشجویان با استفاده از الگوریتم مورد نظر در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز مورد مصاحبه قرار گرفتند و مراحل تغییر رژیم غذایی آنان تعیین شد. آزمون مقایسه نسبت‌ها تفاوت معناداری بین آزمون و باز آمایی مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی آن‌ها نشان نداد ($p>0.05$).

این الگوریتم شامل ۵ پرسش چند گزینه‌ای است که وضعیت هر فرد از نظر مراحل تغییر، بر اساس پاسخ دریافت شده از ۵ پرسش موجود در الگوریتم طی مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش، تعیین شد. به عنوان مثال، اگر پاسخ فردی به پرسش ۱ خیر باشد، پرسش ۴ از او پرسیده

شده تهیه گردید (۳۴ مورد) و سپس تعداد موارد اظهار شده در هر یک از موارد تعیین گردید.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد پژوهش بر اساس وضعیت دموگرافیکی - اجتماعی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سال و رشته تحصیلی و شاخص توده بدنی در ارتباط با مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی در جدول شماره (۱) آورده شده است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که ۲۹/۳٪ دانشجویان در مرحله پیش‌اندیشی، ۵۰/۳٪ در مرحله پویا (اندیشیدن، آمادگی و عمل)، ۱۱٪ در مرحله حفظ و نگهداری و ۹/۳٪ در مرحله برگشت قرار داشتند. با توجه به تشابه نسبی توزیع دانشجویان در ۳ مرحله اندیشیدن، آمادگی و عمل و نیز تسهیل انتقال یافته‌ها، در این پژوهش، ۳ مرحله فوق‌الذکر تحت عنوان مرحله پویا معرفی گردید. در تحقیقات دیگر نیز ادغام سه مرحله فوق تحت عنوان پویا گزارش شده است (۱۱ و ۲۰-۱۷).

افرادی که در مرحله پیش‌اندیشی قرار داشتند نوشیدن بیشتر آب (۵۷/۹٪)، مصرف بیشتر میوه جات و سبزیجات (۵۵/۷٪) و مصرف بیشتر محصولات لبنیاتی (۵۳/۴٪) را از بین ۲۱ گزینه تغییر رژیم غذایی که در اختیارشان قرار داشت بیشتر انتخاب کردند. همچنین بیشترین تغییر ایجاد شده در رژیم غذایی افرادی که در هر یک از مراحل اندیشیدن، آمادگی، عمل، حفظ و نگهداری و برگشت قرار داشتند به ترتیب مصرف کمتر چربی (۵۰/۸٪)، مصرف بیشتر میوه‌جات و سبزیجات و محصولات لبنیاتی (۵۷/۶٪)، مصرف بیشتر میوه‌جات و سبزیجات (۵۴/۶٪)، مصرف کمتر چربی (۶۶/۶٪)، مصرف بیشتر محصولات لبنیاتی (۵۳/۵٪) بوده است.

تحلیل داده‌های مربوط به نگرش به تغذیه نشان داد که بیشتر دانشجویان پرستاری و مامایی، نیاز به تغییر در رژیم غذایی را در خود احساس می‌کنند (به ترتیب: ۵۱٪ و ۵۹٪). به جنبه‌های تغذیه‌ای مواد خوراکی فکر می‌کنند (به ترتیب: ۷۸/۴٪ و ۸۲٪) و نسبت به گزینه کسب اطلاعات در مورد تغذیه سالم موافق هستند (به ترتیب: ۸۳/۳٪ و ۸۵/۹٪).

می‌شود و در صورت پاسخ خیر به پرسش ۴ در گروه پیش‌اندیشی قرار می‌گیرد. همچنین فردی که در پاسخ به پرسش ۳، گزینه کمتر از ۶ ماه را انتخاب کند در مرحله عمل و اگر گزینه ۶ ماه یا بیشتر را انتخاب کند در مرحله حفظ و نگهداری قرار می‌گیرد.

علاوه بر این از آنجا که ممکنست افراد رفتار سالم خود را متوقف کنند و در نتیجه به مراحل قبلی تغییر بازگشت داشته باشند، علاوه بر ۵ مرحله فوق، یک مرحله به نام برگشت نیز بر اساس مطالعات موجود (۱۲ و ۱۷)، به این مراحل اضافه گردید. که افراد به عنوان مثال بر اساس پاسخ بلی به سؤال ۱ و پاسخ خیر به سؤال ۲ الگوریتم در این مرحله قرار گرفتند.

سپس از افرادی که در مرحله پیش‌اندیشی قرار گرفتند خواسته شد تغییرات غذایی که تاکنون در خود ایجاد کرده‌اند یا در نظر دارند که در خود ایجاد کنند از بین ۲۱ گزینه‌ای که برای آن‌ها فهرست شده بود انتخاب کنند و در صورتی که جواب مورد نظر آن‌ها غیر از موارد فهرست شده بود آن‌ها را ذکر کنند و در صورتی که نمی‌دانند یا این که هیچ کدام از گزینه‌ها مدنظر آن‌ها نبود گزینه‌های نمی‌دانم و یا هیچ کدام را انتخاب کنند. از افرادی که در ۵ مرحله دیگر (اندیشیدن، آمادگی با تصمیم‌گیری، عمل، حفظ و نگهداری و برگشت) قرار می‌گرفتند با یک سؤال باز پرسیده می‌شد در صورتی که در رژیم غذایی‌شان تاکنون تغییراتی را ایجاد کرده‌اند را ذکر کنند.

نگرش به تغذیه، بر اساس ۳ سؤال نگرش به تغذیه مورد استفاده در تحقیقات دیگری (۱۲ و ۱۷)، تعیین شده است. بر این اساس نگرش به تغذیه دانشجویان با پاسخگویی واحدهای مورد پژوهش به سه سؤال «چون تاکنون رژیم غذایی سالمی داشته‌ام نیازی به تغییر در آن نمی‌بینم»، «به جنبه‌های تغذیه‌ای مواد خوراکی فکر نمی‌کنم» و «بیشتر اوقات به دنبال کسب اطلاعاتی در مورد تغذیه سالم هستم» که بر اساس سه گزینه موافقم، موافق نیستم و نمی‌دانم تنظیم شده بود مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با برنامه نرم‌افزاری SPSS و با روش تحلیل توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) مورد تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل سؤال باز پرسشنامه «چه تغییرات غذایی را در رژیم غذایی‌تان تاکنون ایجاد کرده‌اید؟»، ابتدا فهرستی از پاسخ‌های اظهار

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد پژوهش بر اساس وضعیت دموگرافیکی- اجتماعی در مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی

برگشت	حفظ و نگهداری	پویا(فعال)	پیش اندیشی	مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی	
				متغیرهای دموگرافیکی- اجتماعی	
%۱۲/۸	%۹/۴	%۴۸/۷	%۲۹/۱	سن	۲۰سال < (N=۱۱۷)
				۲۰سال > (N=۱۸۳)	
%۷/۱	%۱۲	%۵۱/۴	%۲۹/۵	جنسیت	مذکر (N=۴۱)
					مؤنث (N=۲۵۹)
%۱۲/۲	%۹/۷	%۲۹/۳	%۲۶/۳	وضعیت تأهل	مجرد (N=۲۶۶)
					متأهل (N=۳۱)
					سایر موارد (N=۳)
%۸/۹	%۱۱/۲	%۵۳/۶	%۲۹/۷	سال تحصیلی	مامائی (N=۷۸)
					اول (N=۷۱)
%۱۰/۲	%۹/۷	%۵۸/۱	%۰	رشته تحصیلی	دوم (N=۷۷)
					سوم (N=۸۵)
					چهارم (N=۶۷)
%۳/۲	%۰	%۱۰۰	%۰	شاخص توده بدنی	پرستاری (N=۲۲۲)
					مامائی (N=۷۸)
%۱۰/۳	%۱۴/۱	%۵۸/۹	%۱۶/۷	کم وزن (N=۳۹)	وزن طبیعی (N=۲۳۴)
					اضافه وزن (N=۲۷)
%۱۵/۶	%۵/۶	%۴۷/۸	%۳۱	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					دوم (N=۷۷)
%۵/۱	%۱۱/۷	%۵۵/۹	%۲۷/۳	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					سوم (N=۸۵)
%۲/۴	%۱۴/۱	%۴۹/۴	%۳۴/۱	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					چهارم (N=۶۷)
%۱۶/۴	%۱۱/۹	%۴۷/۸	%۲۳/۹	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					پرستاری (N=۲۲۲)
%۹	%۹/۹	%۴۷/۳	%۳۳/۸	کم وزن (N=۳۹)	وزن طبیعی (N=۲۳۴)
					اضافه وزن (N=۲۷)
%۱۰/۳	%۷/۷	%۵۳/۹	%۲۸/۲	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					وزن طبیعی (N=۲۳۴)
%۹/۴	%۱۱/۱	%۴۹/۶	%۲۹/۹	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					اضافه وزن (N=۲۷)
%۷/۵	%۱۴/۸	%۵۱/۸	%۲۵/۹	وزن طبیعی (N=۲۳۴)	اضافه وزن (N=۲۷)
					اضافه وزن (N=۲۷)

بحث

مستقیمی قابل شویم آنگاه وضعیت دانشجویان مورد مطالعه در این پژوهش به صورت قابل قبول تری قابل ارزیابی است.

تفاوت خانمها و آقایان از نظر مراحل تغییر در این پژوهش با برخی تحقیقات دیگر همخوانی دارد. به عنوان مثال کری^۲ و همکاران (۱۸) و نیز گلنز^۳ و همکاران (۱۹) نشان دادند که آقایان بیشتر در مرحله پیش اندیشی، در حالی که خانمها بیشتر در مرحله حفظ و نگهداری مدل قرار دارند. در این رابطه شاید بتوان توجه و حساسیت قابل توجه خانمها را نسبت به مسایل تغذیه‌ای که ناشی از نقش و مسؤولیت‌های فعلی و آینده آنها در برنامه‌ریزی‌های رژیم غذایی خانواده است را مؤثر دانست علاوه بر این توجه زنان جوان به وضعیت ظاهر و در نتیجه تلاش آنها برای کنترل وزن از طریق تغذیه ممکن است در دستیابی به این نتیجه مؤثر باشد.

بر اساس نتایج این پژوهش دانشجویان هر دو گروه مجرد و متأهل بیشتر در مرحله پویا قرار دارند. گراف^۴ و همکاران (۱۷) در پژوهشی که به منظور

اگر چه این مطالعه بر روی دانشجویان پرستاری و مامایی انجام شده است اما نحوه توزیع آنها بر حسب مراحل تغییر رژیم غذایی (قرار داشتن بیشتر افراد در مرحله پویا) مشابه با برخی پژوهش‌های دیگری است که بر روی افراد جامعه آمریکا انجام شده است (۲۰-۱۸). این در حالی است که شواهدی دال بر قرار گرفتن بیشتر افراد مورد مطالعه در مرحله پیش اندیشی نیز در دست است (۱۷).

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۲۱/۵ سال بوده است. راستی^۱ و همکاران (۲۶) نیز به این گروه سنی توجه داشته‌اند و تغییرات وزن و الگوهای تغذیه‌ای دانشجویان سال‌های اول و دوم (میانگین سنی ۱۸/۱ سال) را مورد پژوهش قرار دادند. در پژوهش آنان مشخص شد که الگوهای غذایی ناسالم در بین دانشجویان مورد مطالعه متداول است. این در حالیست که در پژوهش حاضر بیشتر دانشجویان در مراحل پویا و حفظ و نگهداری مراحل تغییر رژیم غذایی قرار داشته‌اند و در صورتی که بین وضعیت افراد در مراحل تغییر و الگوهای تغذیه‌ای مناسب ارتباط

2 - Curry
3 - Glanz
4 - Graff

1 - Racetti

موانع، مقاصد، نگرش/ باورها، مراحل تغییر و انگیزش بود (۲۷).

توزیع دانشجویان در هر ۳ طبقه‌بندی شاخص توده بدنی با توجه به مراحل تغییر رژیم غذایی نیز بیانگر این نکته است که حتی دانشجویان دارای اضافه وزن نیز بیشتر در مرحله پویا قرار داشته‌اند. از این نتیجه می‌توان استنباط کرد که اگر چه این دسته از دانشجویان نیاز به ارتقای سبک زندگی خود دارند اما احتمالاً از انگیزش، دانش و بینش لازم برای این ارتقا در زمینه تغذیه برخوردارند. در یک پژوهش چنین نتیجه گرفته شد که افراد دارای شاخص توده بدنی بیش از ۳۰، تعداد مزایای بیشتری در قیاس با معایب کاهش وزن ارایه می‌دهند (۲۸).

بر اساس نتایج این پژوهش مصرف بیشتر آب، میوه و سبزیجات و محصولات لبنی به ترتیب بیشترین تغییرات مورد نظر گروه قرار گرفته در مرحله پیش‌اندیشی بوده است در حالی که گروهی که در مرحله پویا قرار داشتند سه تغییر بیشتر انتخاب شده خود را به ترتیب مصرف کمتر چربی، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و محصولات لبنی ذکر کرده‌اند در پژوهش گراف و همکاران (۱۹۹۷)، تغذیه سالم به معنای خوردن کمتر چربی، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و داشتن تنوع و تعادل غذایی توصیف شد و معلوم شد افرادی که در مرحله حفظ و نگهداری هستند، تعاریف بیشتری از تغذیه سالم ارایه می‌دهند با این حال چنین اظهار شد که تعاریف تغذیه سالم در افرادی که در مرحله پیش‌اندیشی قرار داشته‌اند با پیام‌های آموزشی تغذیه (چربی کمتر، میوه و سبزیجات بیشتر و تنوع و تعادل غذایی) هم‌خوانی دارد (۱۷). این نتیجه با نتایج پژوهش حاضر از این نظر قابل قیاس است که گروه پویا در این پژوهش به مصرف کمتر چربی و مصرف بیشتر میوه و سبزیجات مورد اشاره در پژوهش فوق‌الذکر توجه داشته‌اند. اما به هر حال مصرف بیشتر میوه و سبزیجات نتیجه خوبی است که توسط هر دو گروه (پیش‌اندیشی و پویا) به عنوان تغییر مدنظر یا تغییر ایجاد شده اظهار شده است. در یک تحقیق معلوم شد که تدابیر آموزشی از قبیل پیام‌های آموزشی و پیگیری می‌تواند مصرف میوه و سبزیجات را در نوجوانان کم درآمد افزایش دهد

شناسایی تعیین‌کننده‌های دموگرافیکی - اجتماعی در ۱۵ کشور اروپایی بر روی بالغین ۱۵ سال و بالاتر انجام دادند چنین نتیجه گرفتند که بیشتر افراد مورد مطالعه (در هر دو گروه مجرد و متأهل) در مرحله پیش‌اندیشی قرار دارند. همچنین لوپز‌آزپیازو^۱ و همکاران (۱۲)، در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۰۹ نفر افراد بالغ اسپانیایی انجام دادند نتیجه گرفتند که بیشتر افراد مورد مطالعه (در هر دو گروه مجرد و متأهل) در مرحله پیش‌اندیشی هستند. این تفاوت نیز می‌تواند ناشی از تفاوت جامعه مورد مطالعه در این پژوهش‌ها باشد زیرا گروه مورد مطالعه در پژوهش‌های فوق‌الذکر، جامعه‌ای از افراد بالغ ۱۵ سال و بالاتر بوده است در حالی که این پژوهش بر روی دانشجویان پرستاری و مامایی ۳۴-۱۸ ساله انجام شده است. لذا کلیه موارد مربوط به متغیرهای دموگرافیکی گروه مورد پژوهش در توجیه این نتایج حایز اهمیت است و طبیعی است که از دانشجویان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی نسبت به افراد معمول جامعه انتظار بیشتری داشته باشیم. تفاوت‌های اجتماعی - فرهنگی جامعه نیز نکته دیگری است که در این خصوص نباید از نظر دور نگاه داشته شود.

سایر ویژگی‌های گروه‌های مورد مطالعه در پژوهش یعنی سال و رشته تحصیلی دانشجویان از علل دیگر قابل بحث است در این مورد بایستی توجه نمود که در این پژوهش دانشجویان سال‌های اول تا چهارم رشته‌های پرستاری و مامایی مورد مطالعه قرار گرفتند و لذا عواملی چون اخذ واحد درسی تغذیه در سال اول تحصیلی دانشجویان و نیز سایر آموزش‌های دریافتی در خصوص سبک زندگی سالم و نیز انتظاراتی که از این دانشجویان برای آموزش و راهنمایی مددجویان در جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه می‌رود همگی از مواردی هستند که می‌توانند در شناخت و انگیزش لازم برای بینش دانشجویان نسبت به تغذیه مؤثر باشند. در یک پژوهش که به منظور تعیین پیش‌بین‌های روانی اجتماعی در مصرف میوه و سبزیجات در بزرگسالان انجام شد، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و دانش از پیش‌بین‌هایی بودند که شواهد قوی برای آن‌ها به دست آمد. شواهد ضعیف‌تر برای متغیرهایی از قبیل

منظور کاهش مصرف غذاهای آماده در بازار توصیه کرده‌اند (۳۲).

نتیجه‌گیری

به طور کلی بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت دانشجویان پرستاری و مامایی شیراز، از نظر مراحل تغییر رفتارهای رژیم غذایی مطلوب و نیز نگرش آنان نسبت به تغذیه مثبت بوده است.

تعیین وضعیت افراد از نظر مراحل مختلف تغییر رژیم غذایی بازتاب مناسبی از تفکر و عملکرد افراد را در زمینه تغذیه روشن می‌کند لذا پیشنهاد می‌شود مراحل تغییر رژیم غذایی در سایر گروه‌های درمانی و نیز مددجویان تعیین شود. زیرا نتایج به دست آمده از آن می‌تواند اطلاعات زمینه‌ای را جهت برنامه‌های آموزشی گروه‌های درمانی و نیز مددجویان در زمینه ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای فراهم کند و از این طریق به پیشگیری از بیماری‌های مختلف مرتبط با تغذیه ناسالم و ایجاد سلامت و تندرستی هر چه بیشتر در جامعه کمک کند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری و مساعدت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز اجرا گردید که جا دارد از همکاری صمیمانه این عزیزان کمال تقدیر و تشکر به عمل آید.

و باعث تغییر مراحل تغییر در جهت صعودی شود (۲۹) علاوه بر این استفاده از تدابیر مبتنی بر مراحل تغییر در زمینه مصرف میوه و سبزیجات و کاهش مصرف چربی پیشنهاد شده است (۳۰) و در یک تحقیق با استفاده از چنین تدابیری، مصرف میوه و سبزیجات افزایش یافت و تغییرات مثبت در متغیرهای مربوط به مصرف در نوجوانان آمریکایی آفریقایی تبار کم در آمد ایجاد شد (۳۱).

نتایج به دست آمده در مورد نگرش دانشجویان به تغذیه شامل احساس نیاز به تغییر در رژیم غذایی، تفکر پیرامون جنبه‌های تغذیه‌ای مواد خوراکی و موافقت با کسب اطلاعات در مورد تغذیه سالم، به صورت نگرش مثبت قابل ارزیابی می‌باشد. در این مورد شاید بتوان گفت که محیط پرورشی این قشر از دانشجویان در ایجاد این نگرش مؤثر بوده است و بدیهی است که دانش و نگرش ارتباط مستقیمی با هم دارند و لذا نگرش مثبت دانشجویان نمی‌تواند بدون تأثیر از دانش کسب شده در طول دوره تحصیلی آنان باشد. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که هر چه افراد در مرحله پایین‌تری از مراحل تغییر رژیم غذایی (پیش‌اندیشی) قرار داشته باشند نگرش منطقی و صحیح نسبت به تغذیه توسط آنان از اهمیت کمتری برخوردار می‌شود (۱۲ و ۱۷).

به کارگیری تمهیدات مختلف برای افزایش دانش و مؤلفه‌های روانی اجتماعی نوجوانان نیز مورد تأکید قرار گرفته است. در یک پژوهش که به منظور تعیین اثر یک فیلم آموزشی روی دانش و مؤلفه‌های روانی اجتماعی (نگرش، خودکارآمدی، حیطة کنترل) مربوط به مصرف غذاهای آماده در بازار و مراحل تغییر انجام شد. دانش و تمامی مؤلفه‌های روانی اجتماعی گروه آزمایش بلافاصله پس از مشاهده فیلم آموزشی افزایش یافت و در پیگیری نیز دانش، مراحل تغییر و توجه^۱ در گروه آزمایش بیشتر بود علاوه بر این حیطة کنترل خارجی^۲ این گروه کمتر از گروه کنترل شد. پژوهشگران استفاده از این فیلم را در سه مرحله پیش‌اندیشی، اندیشیدن و آمادگی به

1 - Consciousness raising

2 - Chance health locus of control

منابع

- 1 - Hommond K. Assessment: dietary and clinical data. In: Mahan LA, Escott-Stump S, editors. Krause's food & nutrition therapy. St. Louis: Elsevier Saunders; 2008. P.383-410.
- 2 - Ahmadi M. Assessment and analysis of severity and type of obesity in depressed women and eats relationship with thyroid hormones, Leptin and food consumption. Thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master of Science in Nutrition Sciences. Shiraz University of Medical Sciences. 2006.
- 3 - Khatoon AB, Asia B. Metabolic syndrome, cardiovascular disease and type - 2 diabetes. J Pak Med Assoc. 2007; 57(10): 511-515.
- 4 - Nourmohammadi I, Goharabari MH. Nutrition knowledge, attitudes and practices of physicians and medical students. The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sc. 2001 Autumn; 19: 68-80.
- 5 - Kazemi F. A comparative study of the effect of low-Glycemic index versus low fat diet on the body weight, total fat mass, Insulin and Leptin level of obese patients. Thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master of Science in Nutrition Sciences. Shiraz University of Medical Sciences. 2007.
- 6 - O'Rahilly S, Farooqi IS: Genetics of obesity. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2006; 361:1095-1105.
- 7 - Laquatra I. Nutrition for weight management. In: Mahan KL, Escott-stump S. Krause 's food, nutrition and diet therapy. 11th ed. London: Saunders; 2004: 558-588.
- 8 - Kohn M, Rees JM, Brill S, Fonseca H, Jacobson M, Katzman DK, et al. Preventing and treating adolescent obesity: A position of paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health. 2006; 38: 784-787.
- 9 - Flier JS, Moratos-Flier E. Obesity. In: Kasper DL, et al (editors). Harrison's principles of internal medicine. 16th ed, Vol 1. New York: Mc Grow Hill; 2005. P. 422-429.
- 10 - Dokken BB, Tsao TS. The physiology of body weight regulation: are we too efficient for our own good?. Diabetes Spectrum. 2007; 20(3): 166-170.
- 11 - Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. Am J Clin Nutr. 2004; 80: 257-263.
- 12 - Azpiazu IL, Martinez-Gonzalez MA, Leon-Mateos A, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Stages of dietary change and nutrition attitudes in the Spanish population. Public Health. 2000; 114: 183-189.
- 13 - Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997; 12 Suppl 1:38-48.
- 14 - Ounpuu S, Woolcott DM, Greene GW. Defining stages of change for lower-fat eating. Research. 2000; 100 Suppl 6: 674-679.
- 15 - Walkui S, Shimomitsu T, Odagiri Y, Inoue, et al. Relation of the stages of change for exercise behaviors, self-efficacy, decisional - balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. J Sports Med Phys Fitness. 2002; 42 Suppl 2: 224-229.
- 16 - Tucker L.J, Snelling Anastasia M, Adams Troy B. Development and validation of a stages of change algorithm for calcium intake for college female students. J Am Coll Nutr. 2002; 21 (5): 530-535.
- 17 - De Graaf C, Van der Gaag M, Kafatos A, Lennernas M, Kearney JM. Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. Eur J Clin Nutr. 1997; 51 Suppl 2: 47-56.
- 18 - Cuury SJ, Kristal AR, Bowen DJ. An application of the stage model of behavior change to dietary fat reduction. Health Educ Res. 1992 Mar; 7(1): 97-105.
- 19 - Glanz K, Patterson RE, Kristal AR, DiClemente CC, Heimendinger J, Linnan L, et al. Stages of change in adopting healthy diets: fat, fiber and correlates of nutrient intake. Health Educ Q. 1994 winter; 21(4): 499-519.
- 20 - Sporny LA, Contento IR. Stages of change in dietary fat reduction: social psychological correlates. J Nutr Educ. 1995; 27:191-199.
- 21 - Tucker LJ, Snelling AM, Adams TB. Development and validation of a stages of change algorithm for calcium intake for college female students. J Am Coll Nutr. 2002; 21(5): 530- 535.

- 22 - Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*. 2003 May; 26(5): 1468-74.
- 23 - Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO. Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99: 673-678.
- 24 - Snetselaar L. Stages of Change and Eating Behaviors. *Diabetes Care*, 2003 May; 26(5): 1624-1625.
- 25 - Ounpuu S, Woolcott DM, Greene GW: Defining stage of change for lower-fat eating. *J Am Diet Assoc*. 2000; 100: 674-679.
- 26 - Racetti SB, Deusinger SS, Strube MJ, Highstein GR, Deusinger RH. Weight Changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *J Am Coll Health* 2005; 53 Suppl6: 245-251.
- 27 - Shaikh AR, Yaroch AL, Nebeling L, Yeh MC, Resnicow K. Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption in adults a review of the literature. *Am J Prev Med*. 2008 Jun; 34(6):535-543.
- 28 - Guina T, Pokrajac-Bulian A, Thalcic M, Basic Markovic N, crncevic Orlic Z, Coric S, et al. Medical and psychological parameters in overweight and obese persons seeking treatment. *Oll Antropol*. 2008 Jun; 32(2): 601-6.
- 29 - Nitzke S, Kritsch K, Boeckner L, Greene G, Hoerr S, Horacek T, et al. A stage-tailored multi-model intervention increases fruit and vegetable intakes of low-income young adults . *Am J Health promot*. 2007 sep-oct; 22(1):6-14.
- 30 - Spencer L, Wharton C, Moyle S, Adams T .The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. *Nutr Res Rev*. 2007 Jun; 20(1): 46-73.
- 31 - Di Noia J, contento IR, Prochaska JO .Computer-mediated intervention tailored on transtheoretical model stages and processes of change increases fruit and vegetable consumption among urban African-American adolescents. *Am J Health promot*. 2008 may- Jun ; 22(5): 336-41.
- 32 - Cottone E, Byrd-Bredbenner C .Knowledge and psychosocial effects of the film super size me on young adults. *J Am Diet Assoc*. 2007 Jul; 107(7): 1197-203.

Assessing Stages of dietary change and nutrition attitudes in nursing and midwifery students in Fatemeh Faculty of Nursing and Midwifery in 2006, Shiraz

Shafakhah¹ M (MSc.) - Moattari² M (Ph.D).

Introduction: Nutrition plays an important role in maintaining health and preventing diseases. Students' attitude toward foods can also have an important role in their nutritional behaviors. The study aimed at exploring the stages of dietary change with regard to socio-demographic variables (age, sex, marital status, year/field of education and BMI) and the nutrition attitudes of nursing and midwifery students of Fatemeh faculty of nursing and midwifery in Shiraz.

Methods: This descriptive study was conducted on 300 freshmen to senior students of nursing and midwifery who were studying varyingly in first year of education to four. Trained interviewers interviewed the subjects based on the transtheoretical Prochaska model, by which the subjects are classified in six stages of changes in nutritional behaviors. Nutrition attitudes were assessed by three questions. All statistics were computed by the SPSS software data.

Results: It was found that 29.3% of the students were in the precontemplation stage and 50.3% of the students are in the dynamic stage (including contemplation, decision and action). 11 and 9/3 percent of students were in the maintenance and relapse stages, respectively. Most of the students with average age of 21.5 were in the dynamic stage. Most men (48.8%) were in the precontemplation stage, and most women (53.6%) were in the dynamic stage. Most single and married subjects were in the dynamic stage (48.8%, 58.1% respectively). Most freshmen to senior students (47.8%, 55.9%, 49.4%, 47.8% respectively) were in dynamic stage. Most of the subjects in the underweight, normal weight and overweight categories were in dynamic stage (53.9%, 49.6%, and 51.8% respectively). Regarding eating attitude, the results demonstrated that most of the nursing (51%) and midwifery students (59%) feel a need to change their diet. Moreover, they think about the dietary aspects of their food (78.4%, 82% respectively). In addition, they expressed their agreement to the item of seeking information regarding healthy diet (83.3%, 85.9% respectively).

Conclusions: The status of nursing and midwifery students considering stages of dietary change and their nutrition attitudes were positively appropriate. To consider nutrition principles for teaching to students, who are educating to manage patients' issues regarding their nutrition, seems to be an important factor in achieving such results. The study recommends duplicating the study on other nursing and midwifery students as well as in other university programmes.

Key words: Stages of change model, Nutrition attitudes, Diet

1 - Shiraz University of Medical Sciences, Namazee Hospital, Shiraz, Iran.

2 - Corresponding author: Associate Professor, Fatemeh School of Nursing & Midwifery, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

e-mail: moattari@yahoo.com