

## PERFORMANCE OF UNHEALTHY JUNK FOOD CONSUMPTION

## Evaluating the performance of unhealthy junk food consumption based on health belief model in elementary school girls

**Azam Fathi**

MSc Student in Health Education & Health promotion, Qom Unniversity medical Sciences, Qom, Iran.

**Gholamreza Sharifirad**

Professor, Qom Unniversity medical Sciences, Qom, Iran.

**Siamak Mohebi 3\***

\* Assistant Professor, Qom Unniversity medical Sciences, Qom, Iran. (Corresponding Author):

Email: mohebisiamak@yahoo.com

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.1.45

### ABSTRACT

**Background and objective:** Nowadays, due to changes in eating patterns, the worthless junk foods are replaced useful food among children. This study aimed to evaluate the performance of unhealthy junk food consumption based on health belief model in elementary school girls **Methods:** Cross-sectional study Descriptive-analytic type of multi-stage sampling (208 samples) was carried out in 2016. The survey instrument was a questionnaire valid and reliable based on the Health Belief Model (70 items). Data was analyzed by SPSS software according to statistical tests of significance level of 0.05.

**Results:** Results showed that students of sensitivity (49%) and relatively high efficacy (53/8%), perceived benefits (73/1%) and better social protection (68/3%) had. The results showed that among all the health belief model structures with yield (junk food intake) significantly correlated. Also significant differences in parental education and sensitivity, perceived severity, self-efficacy, social support and yield ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that students from relatively favorable sensitivity and self-efficacy, perceived benefits and social protection in the field of unhealthy snacks were good. Also a significant relationship between structural and non-use study results showed unhealthy snacks but because of the importance of unhealthy snacks and unhealthy snack consumption among school children and the complications of the health belief model in predicting nutritional behaviors suggest that this model used as a framework for school feeding programs.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** unhealthy snacks, health belief model, students

► **Citation:** Fathi A, Sharifirad Gh, Mohebi S. Evaluating the performance of unhealthy junk food consumption based on health belief model in elementary school girls . *Journal of Health Literacy*. Spring 2017; 2(1):45-53.

## ارزیابی عملکرد دختران دبستانی پایه ششم ابتدایی در خصوص مصرف تنقلات ناسالم بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه به دلیل تغییر الگوهای مصرف غذا، تنقلات بی‌ارزش جایگزین مواد غذایی مفید در بین کودکان شده‌اند. این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد دانش آموزان دختران دبستانی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص مصرف تنقلات ناسالم انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (۲۰۸ نمونه) در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار تحقیق پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته روا و پایا مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی (۷۰ سؤال) بود. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS مطابق آزمون‌های آماری در سطح معناداری  $P < 0.05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد دانش‌آموزان از حساسیت (۴۹٪) و خودکارآمدی نسبتاً مطلوب (۵۳/۸٪)، منافع درک شده (۷۳/۱٪) و حمایت اجتماعی مطلوب (۶۸/۳٪) برخوردار بودند. نتایج نشان داد که بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد (مصرف تنقلات) همبستگی معناداری وجود داشت ( $P > 0.05$ ). همچنین تفاوت معناداری بر حسب تحصیلات والدین با حساسیت، شدت درک شده، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و عملکرد نشان داد ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که دانش‌آموزان از حساسیت و خودکارآمدی نسبتاً مطلوب، منافع درک شده و حمایت اجتماعی مطلوب در زمینه تنقلات ناسالم برخوردار بودند. همچنین نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین سازه‌ها و عدم مصرف تنقلات ناسالم را نشان داد ولی باتوجه به اهمیت و عوارض ناشی از مصرف تنقلات ناسالم در کودکان دبستانی و نقش مدل اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی رفتارهای تغذیه‌ای پیشنهاد می‌شود که این مدل به عنوان چهارچوب برنامه‌های آموزش تغذیه در مدارس بکار گرفته شود.

**نوع مطالعه:** مطالعه پژوهشی.

**کلیدواژه‌ها:** تنقلات ناسالم، مدل اعتقاد بهداشتی، دانش آموزان

### اعظم فتحی

دانشجوی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

### غلامرضا شریفی راد

دکتری تخصصی آموزش بهداشت، استادگروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

### سیامک محبی

\* دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.  
(نویسنده مسئول)

mohebisiamak@yahoo.com

◀ **استناد:** فتحی ا، شریفی‌راد غ، محبی س. ارزیابی عملکرد دختران دبستانی پایه ششم ابتدایی در خصوص مصرف تنقلات ناسالم بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی. *فصلنامه سواد سلامت*. بهار ۱۳۹۶؛ ۲: ۴۵-۵۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

## مقدمه

کودکان به عنوان آینده سازان مملکت و کلید پیشرفت اجتماعی اقتصادی کشور حدود ۷/۵٪ جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که مراقبت مستمر و پیگیر از آنان در جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامتی آنها و پیشبرد جامعه امری اجتناب ناپذیر است. وجود اختلال و کمبود تغذیه ای در کودکان، منجر به کاهش رشد ذهنی و جسمی و کاهش یادگیری می‌شود (۱). پس تغذیه سالم و صحیح در یادگیری، موثر و باعث رشد تحصیلی و افزایش بازدهی در سرمایه گذاری آموزشی و در نهایت بهره وری ملی می‌شود و نه تنها تاثیر بر رشد جسمی و یادگیری، بلکه بر رشد ذهنی و اصلاح ناهنجاریهای رفتاری کودکان نیز موثر است (۲).

متأسفانه امروزه ذائقه‌ی غذایی کودکان از غذاهای سنتی و میان وعده‌های غذایی ساده به مواد پرکالری و فاقد ارزش غذایی و مصرف تنقلات ناسالم (چیپس، پفک، لواشک و...) بعنوان میان وعده در بین کودکان بخصوص دانش آموزان مقطع ابتدایی رو به افزایش است به طوری که که تغییر الگوهای مصرف غذایی در طول دهه اخیر موجب جایگزینی تنقلات ناسالم و مواد غذایی بی‌ارزش به جای میان‌وعده‌های مغذی شده است (۳).

روند رو به افزایش زندگی شهری، تبلیغات گسترده تلویزیونی، جذابیت بسته بندی و عدم آگاهی‌های تغذیه‌ای از علل عمده ترویج مصرف تنقلات ناسالم به‌شمار می‌روند. مصرف بی‌رویه این مواد غذایی بی‌ارزش از یک سو از طریق کاهش اشتهای دانش‌آموزان، فرصت تغذیه با غذاهای حاوی مواد مغذی سفره‌ی خانوار را از کودک می‌گیرد (۴) و از سوی دیگر به علت اینکه تنقلات ناسالم، حاوی قند، نمک و چربی زیادی هستند، زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله چاقی، دیابت و سرطان و... در سال‌های بعدی زندگی خواهند بود و همچنین مصرف زیاد نمک در دوران کودکی با افزایش فشارخون در بزرگسالی همراه است از آن گذشته مواد غذایی که حاوی کالری زیاد هستند زمینه را برای چاقی کودکان فراهم می‌کنند (۵).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که دانش آموزان ۶ تا ۱۸

ساله در ۲۳ استان کشور، بطور میانگین ۴/۹۲ بار در هفته از میان‌وعده‌های شور و یا چرب استفاده می‌کردند و ضمناً میزان مصرف این میان‌وعده‌ها در دخترها بیشتر از پسرها بوده است (۶) همچنین بررسی در کشور بیانگر آن است که ۵۱ درصد از کودکان در طول هفته، از میان‌وعده‌هایی مانند انواع پفک، ب میوه و نوشابه گاز دار و .... استفاده می‌کنند (۷).

در این خصوص مطالعات نشان دادند که ارتباط معنادار و مثبتی بین نمرات حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی با رفتار تغذیه ای سالم وجود دارد (۸، ۹، ۱۰، ۱۱). مطالعات دیگری نیز نشان دادند که استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان چهارچوب کار موجب افزایش آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده و کاهش موانع درک شده و در نهایت بهبود عملکرد تغذیه ای می‌شود (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵). مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های موثر در آموزش بهداشت می‌باشد که رابطه اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد. این مدل می‌تواند تفسیری مناسب از دلایل انجام رفتار را جهت مداخلات مؤثر و کارآمد بازگو کند. با توجه به روند رو به افزایش مصرف تنقلات ناسالم و افزایش خطر جایگزینی تنقلات غذایی کم ارزش با غذاهای اصلی که باید مواد مغذی مورد نیاز رشد و تکامل کودکان دبستانی را فراهم نمایند، احساس می‌شود و همچنین مطالعات محدود و متناقضی در این زمینه وجود دارد و با توجه به مصرف بالای تنقلات ناسالم در دختران و اینکه مطالعات قبلی بر روی دانش آموزان دختر انجام نشده و اطلاعات کافی از وضعیت مصرف تنقلات کم ارزش در شهر قم وجود ندارد بنابراین این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد دانش‌آموزان دختران دبستانی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر مصرف تنقلات ناسالم انجام شد و انجام مطالعه حاضر ضروری به نظر می‌رسد تا بر اساس آن بتوان تصویر روشنی از الگوی غذایی دختران دبستانی و مصرف تنقلات غذایی کم ارزش در برنامه غذایی ایشان بدست آورد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پایه ششم شهر قم بود که بدین منظور ۲۰۸ نفر از دانش آموزان دختر پایه ششم از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین مدارس شهر قم انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) و با اطمینان ۹۵٪، دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول  $(d^2/S^2) \cdot (2/\alpha - 1) \cdot n = Z$  (۲/۲۰۸) برابر ۲۰۸ نفر محاسبه شد.

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول یک مدرسه ابتدایی دخترانه در شهر قم (مطابق با تقسیم‌بندی آموزش و پرورش قم) به طور تصادفی انتخاب و مطابق با حجم نمونه محاسبه شده، تعداد ۲۰۸ دانش آموز دختر از پایه تحصیلی ششم به طور تصادفی انتخاب شدند. از جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۳ قسمت (الف) اطلاعات دموگرافیک (ب) سوالات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و (ج) سوالات رفتارهای مرتبط با مصرف تنقلات ناسالم استفاده شد. سوالات دموگرافیک شامل سوالاتی درباره سن، سطح تحصیلات مادر و سطح تحصیلات پدر بود. سوالات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی شامل ۷۰ سوال به منظور سنجش سازه‌های آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و راهنما برای عمل بود. سوالات آگاهی مشتمل بر ۲۴ سوال که به صورت صحیح غلط طراحی شده بود که به پاسخهای صحیح امتیاز ۱ و به پاسخهای غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. سوالات سازه‌های حساسیت درک شده (۶ سوال) و شدت درک شده (۷ سوال) و منافع درک شده (۷ سوال) و موانع درک شده (۶ سوال) و خودکارآمدی درک شده (۶ سوال) و حمایت اجتماعی درک شده (۶ سوال) و راهنمای عمل (۸ سوال) بود که در مقیاس نگرش سنج ۴ گزینه‌ای لیکرت (از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم) طراحی شده بود. این سوالات به صورت دو دامنه طراحی شده و حسب پاسخ امتیاز ۱ تا ۴ به هر سؤال تعلق گرفت. قسمت سوم

پرسشنامه شامل ۲۸ سوال در مقیاس ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هیچ وقت) طراحی شده بوده و عملکرد کودکان را در خصوص مصرف تنقلات ناسالم را سنجش می‌نمود. لذا با توجه به موارد فوق طیف نمرات آگاهی ۲۴-۰ نمره، حساسیت درک شده و موانع درک شده و خودکارآمدی و نمره حمایت اجتماعی ۲۴-۶ نمره، طیف نمرات شدت درک شده و منافع درک شده ۲۸-۷ نمره و طیف نمره عملکرد ۱۴۰-۲۸ بود.

روایی صوری و محتوایی پرسش نامه مذکور با استفاده از پانل خبرگان توسط ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تأیید گردید و نظرات آنها در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی نیز پرسشنامه در مرحله‌ای جداگانه توسط ۲۰ نفر از دانش آموزان مشابه گروه هدف تکمیل و ضریب همسانی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب حداقل ۰/۷ در هر سازه پرسشنامه به دست آمد.

قبل از انجام مطالعه موافقت آموزش و پرورش منطقه جهت ورود به مدرسه انتخاب شده و تعیین وقت مناسب برای تکمیل پرسشنامه‌ها کسب شد. نمونه‌ها با رضایت کامل و با آگاهی از اهداف مطالعه وارد پژوهش شدند و پرسشنامه‌ها بدون نیاز به درج مشخصات فردی تکمیل گردید. همچنین اطلاعات محرمانه ثبت شده و به صورت سازمان یافته جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از شاخص‌های آمار مرکزی نظیر میانگین و انحراف معیار و نیز با استفاده از آزمونهای T مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد. معیار ورود مطالعه شامل داشتن آمادگی و توانایی جسمی و روانی لازم برای شرکت در مطالعه، تحصیل در مدارس دخترانه دولتی، اعلام موافقت کتبی دانش آموزان برای شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه شامل کسانی که بیماری خاصی دارند و در هر مرحله از مطالعه به هر دلیلی از مطالعه خارج شوند و بیماری گوارشی داشته باشند.

## یافته‌ها

که ۷۳/۶٪ (۱۵۳ نفر) از مادران نمونه‌های مورد بررسی خانه دار و ۲۶/۴٪ (۵۵ نفر) از آنها شاغل بودند. در این مطالعه همچنین ۱/۴٪ (۳ نفر) از پدران بیکار و ۲۹/۳٪ (۶۱ نفر) از آنها کارمند و ۶۳/۵٪ (۱۳۲ نفر) دارای شغل آزاد و ۵/۸٪ (۱۲ نفر) از پدران کارگر بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و عملکرد دانش آموزان در خصوص مصرف تنقلات ناسالم به ترتیب  $1/80 \pm 19/20$  و  $14/18 \pm 104/26$  نمره بدست آمد. میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص مصرف تنقلات ناسالم در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۳/۸٪ (۸ نفر) از مادران نمونه‌ها بی‌سواد و ۲۵/۵٪ (۵۳ نفر) دارای سواد ابتدایی و ۲۸/۸٪ (۶۰ نفر) از مادران دارای سواد راهنمایی و ۲۴/۵٪ (۵۱ نفر) از مادران دارای تحصیلات متوسطه و ۱۷/۳٪ (۳۶ نفر) از مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین این مطالعه نشان داد که ۲/۴٪ (۵ نفر) از پدران نمونه‌ها بی‌سواد و ۲۳/۶٪ (۴۹ نفر) از پدران دارای سواد ابتدایی و ۳۳/۷٪ (۷۰ نفر) از پدران دارای سواد راهنمایی و ۲۵/۵٪ (۵۳ نفر) از آنها دیپلم داشتند و ۱۴/۹٪ (۳۱ نفر) از پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین مشخص شد

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در نمونه تحت پژوهش در خصوص تنقلات ناسالم

| وضعیت |       |       |       |      |       | انحراف معیار | میانگین | متغیر          |
|-------|-------|-------|-------|------|-------|--------------|---------|----------------|
| ضعیف  |       | متوسط |       | خوب  |       |              |         |                |
| درصد  | تعداد | درصد  | تعداد | درصد | تعداد |              |         |                |
| ۰     | ۰     | ۸/۷   | ۱۸    | ۹۱/۳ | ۱۹۰   | ۱/۸۰         | ۱۹/۲۰   | آگاهی          |
| ۹/۱   | ۱۹    | ۴۱/۸  | ۸۷    | ۴۹/۰ | ۱۰۲   | ۳/۷۱         | ۱۸/۲۲   | حساسیت درک شده |
| ۸/۲   | ۱۷    | ۲۸/۴  | ۵۹    | ۶۳/۵ | ۱۳۲   | ۴/۶۵         | ۲۲/۰۵   | شدت درک شده    |
| ۹/۶   | ۲۰    | ۱۷/۳  | ۳۶    | ۷۳/۱ | ۱۵۲   | ۴/۶۵         | ۲۳/۱۲   | منافع درک شده  |
| ۱۶/۳  | ۳۴    | ۳۹/۹  | ۸۳    | ۴۳/۸ | ۹۱    | ۴/۳۹         | ۱۷/۵۰   | موانع درک شده  |
| ۱۵/۴  | ۳۲    | ۳۰/۸  | ۶۴    | ۵۳/۸ | ۱۱۲   | ۴/۱۱         | ۱۸/۱۰   | خودکارآمدی     |
| ۱۰/۱  | ۲۱    | ۲۱/۶  | ۴۵    | ۶۸/۳ | ۱۴۲   | ۴/۱۰         | ۱۹/۶۶   | حمایت اجتماعی  |
| ۰     | ۰     | ۴۳/۳  | ۹۰    | ۵۶/۷ | ۱۱۸   | ۱۴/۱۸        | ۱۰۴/۲۶  | عملکرد         |

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سازه‌های همبستگی معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). (جدول شماره ۲) مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد (عدم مصرف تنقلات ناسالم)

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد عدم مصرف تنقلات ناسالم

| متغیر  | حساسیت درک شده | شدت درک شده | منافع درک شده | موانع درک شده | خودکارآمدی | حمایت اجتماعی |
|--------|----------------|-------------|---------------|---------------|------------|---------------|
| عملکرد | r              | ۰/۱۹۳       | ۰/۲۰۶         | ۰/۳۳۹         | ۰/۲۸۶      | ۰/۳۱۳         |
|        | P              | <۰/۰۰۱      | ۰/۰۰۵         | ۰/۰۰۳         | <۰/۰۰۱     | <۰/۰۰۱        |

نتایج آزمون ANOVA نشان داد که تفاوت معناداری بر حسب سطح تحصیلات مادر با حساسیت درک شده، شدت درک شده، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و عملکرد وجود دارد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون ANOVA تفاوت معناداری

نیز بر حسب تحصیلات پدر با حساسیت و شدت درک شده و آزمون اختلاف معنی داری در آگاهی نمونه‌ها بر حسب تحصیلات خودکارآمدی نشان داد ( $P > 0/05$ ). (جدول شماره ۳). اما این مادر و پدر آنان نشان نداد ( $P = 0/128$  و  $P = 0/272$ )

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص عدم مصرف تنقلات ناسالم در کودکان دبستانی بر حسب تحصیلات والدین

| متغیر          | تحصیلات  | تحصیلات مادر |              |         | تحصیلات پدر |              |         |
|----------------|----------|--------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|
|                |          | ANOVA        | انحراف معیار | میانگین | ANOVA       | انحراف معیار | میانگین |
| حساسیت درک شده | بیسواد   | 0/04         | 3/79         | 16/87   | 3/27        | 17/80        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |
| شدت درک شده    | بیسواد   | 0/07         | 4/85         | 12/21   | 4/86        | 21/20        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |
| منافع درک شده  | بیسواد   | 0/205        | 6/61         | 20/62   | 6/42        | 22/40        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |
| موانع درک شده  | بیسواد   | 0/92         | 5/79         | 16/87   | 3/43        | 17/60        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |
| خودکارآمدی     | بیسواد   | 0/07         | 3/50         | 19/00   | 3/43        | 19/40        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |
| حمایت اجتماعی  | بیسواد   | 0/75         | 3/05         | 19/75   | 2/60        | 19/60        |         |
|                | ابتدایی  |              |              |         |             |              |         |
|                | راهنمایی |              |              |         |             |              |         |
|                | دیپلم    |              |              |         |             |              |         |
|                | دانشگاهی |              |              |         |             |              |         |

## بحث و نتیجه گیری

امروزه رفاه اجتماعی مردم در کشورهای مختلف بر اساس معیارهای مختلفی از جمله وضعیت تغذیه ای آنها ارزیابی می شود و جوامعی پیشرفته محسوب می شوند که مردم آن از نعمت تندرستی و تغذیه مناسب برخوردار باشند. این عادات غذایی از دوران کودکی شکل می گیرد و تا سنین بعدی ادامه می یابد (۱۵). بر اساس نتایج این مطالعه که به منظور ارزیابی عملکرد دختران دبستانی پایه ششم ابتدایی شهر قم در خصوص مصرف تنقلات ناسالم بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد، اکثر دانش آموزان از آگاهی مطلوبی نسبت به مصرف تنقلات ناسالم برخوردار بودند. این موضع را شاید بتوان با منبع کسب اطلاعاتشان در خصوص مصرف تنقلات ناسالم توضیح داد به طوری که نمونه ها بالا بودن آگاهی خود را با توجه به راهنمایی والدین ذکر کرده بودند. بنابراین نقش والدین در خصوص بالا بردن سطح آگاهی فرزندان در زمینه مصرف تنقلات ناسالم حائز اهمیت است. نتایج این مطالعه با مطالعه لطفی در شهر زاهدان همخوانی دارد (۱۶).

همچنین در این مطالعه دانش آموزان از حساسیت نسبتاً مطلوب و شدت و منافع درک شده مطلوب و موانع درک شده و خودکارآمدی نسبتاً مطلوب و حمایت اجتماعی مطلوب برخوردار بودند که با نتایج مطالعه علیزاده سیوکی در تربت حیدریه همخوانی دارد (۱۷). در مطالعه سیوکی نیز دانش آموزان دارای سطح حساسیت درک شده و شدت درک شده مطلوب بودند به طوری ۵۱٪ وضعیت دانش آموزان این موضوع را نشان می داد. همچنین در مطالعه ایشان گروه هدف موانع درک شده نسبتاً شرایط مطلوبی را نشان می داد. همچنین در مطالعه وی از لحاظ عملکرد شرایط نسبتاً مطلوبی داشتند به طوری که ۴۸٪ نمونه ها به صورت مرتب صبحانه سالم مصرف می کردند.

در این مطالعه دانش آموزان دارای عملکرد نسبتاً مطلوبی بودند که عملکرد مطلوب دانش آموزان در این مطالعه شاید به دلیل آگاهی مطلوب و همچنین حساسیت درک شده و موانع درک شده و خودکارآمدی نسبتاً مطلوب و شدت و منافع و

حمایت اجتماعی مطلوب در آنها می باشد که با مطالعه کریمی در سمنان همخوانی دارد (۱۸) و همچنین نتایج این پژوهش در این خصوص با مطالعه ای که بر روی دانش آموزان قطری انجام گرفته (۱۹) و با مطالعه دلوریان (۲۰) همخوانی دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد (مصرف تنقلات ناسالم) همبستگی معناداری وجود دارد که با مطالعه سیوکی (۱۷) همخوانی داشت. همچنین مشابه با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه حسین نژاد نیز نقش خودکارآمدی در پیش بینی رفتارهای غذایی دانش آموزان، را می دهد (۲۱). در مجموع می توان اذعان داشت که با افزایش حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و با حمایت اجتماعی بیشتر از سوی خانواده و معلمین میزان عدم مصرف تنقلات ناسالم بیشتر شده است.

در این مطالعه نیز تفاوت معناداری بر حسب سطح تحصیلات مادر با حساسیت درک شده، شدت درک شده، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی و عملکرد نشان داد بطوری که باید گفت دانش آموزانی که سطح تحصیلات والدینشان بالاتر است نسبت به سایرین حساسیت و شدت و حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بالاتری داشتند در نتیجه عملکرد بهتری نیز داشتند و از تنقلات ناسالم کمتر استفاده می کردند که مشابه نتایج مطالعات دیگر است (۱۷ و ۱۹) اما با نتایج مطالعه خزایی در نوشهر همخوانی نداشت که این ناهمخوانی به علت همگن بودن جمعیت مورد بررسی از نظر متغیرهای مورد بررسی در مطالعه خزایی می باشد (۱۵). همچنین تفاوت معناداری نیز بر حسب تحصیلات پدر در میزان نمره حساسیت و شدت درک شده و خودکارآمدی به دست آمد به طوری که میانگین نمره این متغیرها در نمونه های با تحصیلات بالاتر پدر آنان مشهود بود. از محدودیت های این پژوهش می توان به پایین بودن سن دانش آموزان دبستانی در تکمیل پرسشنامه ها بود و همچنین یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه، پرسشنامه ها بر اساس عملکرد خود گزارش دهی دانش آموزان تکمیل شده که ممکن است خالی از اشکال و خطا نباشد. یکی



برنامه‌های آموزش تغذیه در مدارس بکار گرفته شود و باتوجه به نتایج این مطالعه که همسالان و دوستان بهترین راهنما برای عمل به دانش آموزان برای مصرف تنقلات ناسالم بودند پیشنهاد می‌شود آموزشگران، دوستان و همسالان را برای آموزش تغذیه سالم و مصرف نکردن تنقلات ناسالم آموزش دهند.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی قم بوده و لذا محقق بر خود لازم می‌داند که از همکاری و مساعدت مسئولین مدارس و نیز دانش آموزان شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر نماید.

### References:

- Lucas B. Nutrition in childhood. In: Mahan LK, Escott-Stump S (editors). Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy. 11th ed. Philadelphia: W.B Saunders Company 2004;239-56.
- Solhi M, Shirzad M. Situation of fruits and vegetables consumption in the dormitory female students based on the theory of planned behavior. Journal of Health Literacy. 2016; 1 (2) :129-136
- Por Abdollahi P, Mahdavi R. Application of Nutrition Education in Promoting Child Health Proceedings First Conference on Health Promotion and Health Education University of Medical Sciences 2004;422-3. (Persian)
- Nicklas TA, Webber LS, Srinivasan SR, Berenson GS. Secular trends in dietary intakes and cardiovascular risk factors of 10-year-old children. Am J Clin Nutr 1993; 57: 930-7.
- Resnicow K, Smith M, Baranowski T, Baranowski J, Vaughan R, Davis M. 2-year tracking of children fruit and vegetable intake. J Am Diet Assoc. 1998; 98: 785-9.
- Kelishadi R, Motlagh M, Ardalan G, Ziaodeni H, Riazhi M, Mahmood Arabi M, Barakati H. Prevention of chronic non-communicable disease: today better than tomorrow. Esfahan University of Medical Sciences Pub 2007; 30. [In Persian]
- Shahmohammadi S, Tavousi M, Ghofranipour F. A Comparison of the Effectiveness of Two Training Methods of Nutritional Behavior of Elementary School Students: Opportunistic vs. Multimedia Training. Iran J Health Educ Health Promot. 2014; 2 (3) :179-185
- Lotfimanbelagh B. The impact of peer education based on health belief model of nutritional behaviors of elementary school students. J of Research and Health 2012; (2).
- Ghaffari M, Tavassoli E, Ismaeil Zadeh A, Hasanzadeh A. Impact of health belief Model based education on improve the nutritional behaviors of prevention of osteoporosis in secondary school female students in Isfahan. Journal of Health Systems Research 2011; 6(4): 723-714.
- Tavassoli E, Hasanzadeh A, Ghiasvand R, Shojaezyadeh D. Impact of health belief model based education on improve the nutritional behaviors of prevention of cardiovascular disease in the housewives in Isfahan. Journal of Health Faculty and Health Research Institute 2010; 8(3).
- Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition education worksite intervention for University Staff: application of the health belief model. J Nutrit Educat Behav 2003; 35(5): 260-267.
- Vassallo M, Saba A, Arvola A, Dean M, Messina F, Winkelmann M, et al. Willingness to use functional breads. Applying the health belief model across four european countries. J Elsevier 2009; 52: 452-460.
- Zighaimat F, Ebadi A, Karimi-zarchi AA, Moradi N, ini Z, Mehdizadeh S. The effect of education based on health Hajiamelief model on dietary behavior of coronary Artery Bypass Graft patients. Iran journal of nursing 2010; 23(65):50-6.
- Ebadi Azar F, Solhi M, Pakpoor A, Yekani Nezhad MS. The impact of health education through Health Belief Model on mothers perception about obesity children obese male student in elementary schools. Journal of Health Administration 2006; 8(22):7-14.

از محدودیت‌های دیگر این مطالعه عدم بررسی مصرف تنقلات ناسالم در در دانش آموزان پسر و دانش آموزان در دیگر مقاطع تحصیلی بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه مطالعه مرتبط دیگری در این گروهها انجام شود.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که دانش آموزان از حساسیت و خودکارآمدی نسبتاً مطلوب و شدت، منافع، موانع درک شده و حمایت اجتماعی مطلوب در زمینه تنقلات ناسالم برخوردار می‌باشند و همچنین نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین سازه‌ها و عدم مصرف تنقلات ناسالم را نشان داد ولی باتوجه به اهمیت و عوارض ناشی از مصرف تنقلات ناسالم در کودکان دبستانی و نقش مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی رفتارهای تغذیه ای پیشنهاد می‌شود که این مدل به عنوان چهارچوب



15. Khazaie pool M, Ebadi azar F, Solhi M, Asadi lariM ,Abdi.N. A Study in the Efect of Education Through Health Belief Model on the Perceptions of Girl Students in Primary School about Breakfast and Snack in Noshahr. *journal of school of public Health,yazd* ,2007;7(1):51-56.
16. Lotfi Maianbolagh B, Rakhshani F, Zareban I, Montazerifar F. The effect of education based on health belief model on nutrition behaviors in primary school boys. *Journal of Research Promotion* 2012; 2(2): 214-25
17. Alizadeh Siuki H, Jadgal KhM, Shamaeian Razavi N, Zareban I, Heshmati H, Saghi N .Effects of Health Education Based on Health Belief Model on Nutrition Behaviors of Primary School Students. *Health Magazine* 2012;4(5):289-299.
18. Karimi B, Sadat Hashemi M, Habibian H. Study of the breakfast habits and its relationship with some factors in Semnan (Iran) pupils. *Koomesh* 2008;9(3):285-291. [Persian].
19. Abdelmonem SH, Al-Dosari SN. Breakfast habits and snacks consumed at school among Qatari schoolchildren age 9-10 years. *Nutr Food Sci* 2008;38:264-270.
20. Delvarian-Zadeh1 M, Khosravi A, Razavian-Zadeh N, Bolbol-Haghighi N, Abbasian M, Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Female Junior High School Students in Two Regions of Iran. *Knowledge & Health* 2011; 6(1):19-26.
21. Hossein nejad M, Aziz ZadehForozi M, Mohamadalizadh S, et al. The role of self -efficacy in predict eating behaviors among high school girl student Kerman. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sience Yazd* 2008;16(3):49-56
22. Makuch A, Reschke K. Playing games in promoting childhood dental health. *Patient Educ Counsel* 2001;43(1):105-10
23. Temple NJ, Steyn NP, Myburgh N G, Johanna H. Food items consumed by students attending schools in different socioeconomic areas in Cape Town, South Africa. *Elsevier* 2006; 22: 252-258.
24. Carter BJ, Birnhaum AS, Hark L, et al. Using media messaging to promote healthful eating and physical activity among urban youths. *J Nutr Educ Beh.*