عوامل تأثیرگذار بر رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر بر پایه "مدل تلفیقی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی": یک رویکرد کیفی

دکتر زهره کشاورز[۱]، دکتر معصومه سیمبر[۱*]، دکتر علی رمضانخانی[۲]

۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ۲- گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان شریعتی، روبروی حسینیه ارشاد، واحد هدیه، طبقه چهارم، گروه مامایی. تلفن و نمابر: ۸۸۲۰۲۵۱۶- ۰۲۱

پست الکترونیک: msimbar@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۲/۱۱ پذیرش: ۸۹/۷/۲۸

چکیده

مقدمه: *تغذیه غلط از مهم‌ترین علل ایجاد بیماری‌های مزمن است که باعث افزایش هزینه درمان، افزایش ساعات مرخصی و در نهایت نیروی کار غیرمؤثر می‌گردد. تحقیق حاضر جهت درک عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر به عنوان پایه‌ای برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی انجام گرفت.*

روش کار: *این مطالعه کیفی بخشی از یک پژوهش تلفیقی متوالی کیفی- کمی در زمینه عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر سنین باروری بر پایه "مدل تلفیقی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی" می‌باشد. در این تحقیق، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع از بین زنان کارگر شاغل در کارخانجات شهرک صنعتی عباس‌آباد پاکدشت صورت گرفت و ۷۰ نفر از زنان کارگر ۲۰ تا ٤٥ ساله با حضور در جلسات بحث گروهی متمرکز، تجارب خود را پیرامون عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر بیان نمودند. سپس تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوا به شیوه قراردادی انجام گرفت.*

یافته‌ها: *یافته‌ها نشان داد که زنان کارگر نگرش نسبتاً خوبی در مورد تغذیه سالم دارند. اهمیت به نظرات همسر و فرزندان از مهم‌ترین هنجارهای ذهنی مؤثر بر تغذیه آنان است. فرهنگ تغذیه‌ای جامعه و نقش مادر در رفتارهای تغذیه‌ای خانواده نیز مورد اشاره قرار گرفت. محدودیت‌های زمانی و مکانی از مهم‌ترین موانع انجام تغذیه سالم قلمداد گردید. همچنین زنان کارگر از خودکارآمدی کافی در برنامه‌ریزی برای تغذیه سالم برخوردار نبودند.*

نتیجه‌گیری: *رفتارها و عادات زنان کارگر تحت تأثیر اطلاعات، فرهنگ غذایی و محدودیت‌های زمانی و مکانی می‌باشد. از آنجا که زنان کارگر نقش مهمی در ایجاد عادات تغذیه‌ای خانواده دارند؛ آموزش آنان می‌تواند باعث ارتقاء رفتار تغذیه‌ای خانواده شود.*

گل‌واژگان: *رفتار، تغذیه، زنان کارگر، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، خودکارآمدی*

مقدمه

سلامتی و رفتار با یکدیگر مرتبط هستند، زیرا که بسیاری از بیماری‌ها در رفتارها و عادات ناصحیح افراد ریشه دارند. رفتار فرد می‌تواند احتمال ابتلا به سرطان، وقوع حملات قلبی و مغزی و صدمات را کاهش یا افزایش دهد. پیشگویی یا تعیین رفتار برای جستجوی اقدامات مؤثر در جهت کاهش ابتلا به بیماری‌ها و ارتقاء سلامتی مفید است (۱). بیماری‌های مزمن باعث افزایش هزینه درمان و افزایش ساعات مرخصی و کاهش اثربخشی کارگران در محیط کار و نیز افزایش چرخش کارگران و در نهایت نیروی کار غیرمؤثر می‌گردد. اگر چه بیماری‌های مزمن دارای بیشترین شیوع و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در بخش سلامت می‌باشند؛ در عین حال جزو قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌ها می‌باشند (۲). حفظ محیط کار سالم و مولد برای کارفرمایان در

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بخش‌های خصوصی و دولتی امری بسیار ضروری است (۳). دستیابی به محیط کار سالم نه تنها باعث ارتقاء سلامت کارگران می‌شود بلکه با ایجاد منفعت و سود برای کارفرمایان با توسعه اقتصادی جامعه همراه است (۴).

تغذیه غلط به عنوان یکی از ارکان شیوه زندگی ناسالم و از مهم‌ترین علل ایجاد بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع دوم، بیماری‌های قلب و عروق و بسیاری از سرطان‌هاست (۵) که موجب بیلیون‌ها دلار هزینه در بخش پزشکی و کاهش تولید سالانه می‌گردد (۶ و ۷). همچنین عادات تغذیه‌ای بد و چاقی مهم‌ترین عامل و پرهزینه‌ترین مشکل رو در رو با کارفرمایان در محیط کار است و باعث ایجاد بسیاری از مشکلات از جمله کمردرد، تنش، بیماری‌های قلب و عروق و دیابت در کارگران می‌گردد (۸). تخمین‌ها از بار منتسب به بیماری‌های مرتبط با تغذیه بد نشان می‌دهد که توده بدنی بالا، دریافت کم سبزی و میوه، فشار خون بالا و سطح کلسترول بالا از علل مرتبط با تغذیه و عامل اصلی از دست دادن سلامت و ایجاد حدود هفده میلیون مرگ و صد و شصت میلیون سال زندگی از دست رفته (YLL)[1] بوده است (۹).

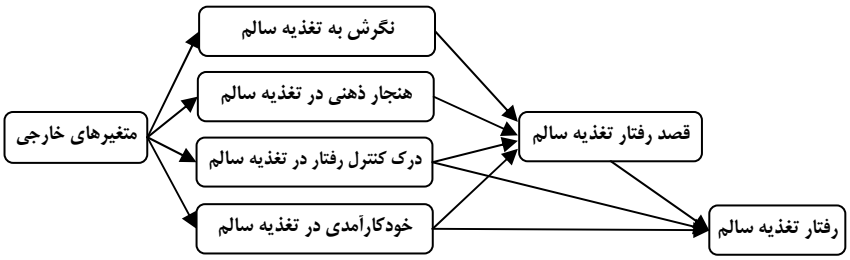
حدود نیمی از جمعیت جهان را زنان تشکیل می‌دهند و سلامت آنان تضمین‌کننده سلامت جامعه بوده و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. حفظ سلامت زنان در طی سال‌های باروری بسیار حیاتی است زیرا عواملی که باعث افزایش مخاطرات در زنان می‌گردند تأثیر منفی بر نسل بعد خواهند داشت. زنان حدود نیمی از نیروی کار جامعه را تشکیل می‌دهند. زنان با هشت ساعت کار روزانه بیشتر در معرض خطر اختلال سلامتی هستند به اضافه اینکه کار در محیط‌های مختلف احتمال آسیب‌ها و بیماری‌های شغلی را نیز به دنبال دارد (۱۰). مراقبت از کارگران به دلیل حفظ سرمایه انسانی و به عنوان پایه رشد اقتصادی کشورها، از اهمیت بسزایی برخوردار است. محیط کار مکان قدرتمندی برای دستیابی به شمار زیادی از بالغین جهت اجرای برنامه‌های غربالگری و پیشگیری می‌باشد. در کارگران زن با سطح درآمد پایین و محدودیت کنترل بر منابع و دسترسی به خدمات بهداشتی؛ مراقبت‌های فراموش شده یک مشکل خاص تلقی می‌گردد. هزینه بیماری‌های مزمن در کارگران شامل هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی؛ و به دنبال آن کاهش خط تولید، باعث شده تا مداخلات ارتقاء سلامت در این گروه از جایگاه ویژه‌ای برخوردار باشد. اکثر بیماری‌های مزمن از رفتارهای ناسالم بهداشتی نشأت می‌گیرد و محل کار محیط مناسبی برای آموزش‌ها و شکل دادن به رفتارهاست (۱۱). تأثیر برنامه‌های آموزش بهداشت و تغییر رفتار بر بیماری‌ها بسیار چشمگیر است. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده یک تئوری شناختی- اجتماعی است که چارچوب مفیدی برای پیش‌بینی و درک رفتار بهداشتی و طراحی مناسب آموزشی فراهم می‌نماید. آیزن در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بیان می‌کند که نگرش به رفتار، هنجارهای ذهنی در مورد رفتار و کنترل رفتار درک شده سه سازه اصلی تعیین‌کننده تمایل به انجام رفتار می‌باشند و کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری، تعیین‌کننده‌های انجام رفتار هستند. برخی از محققین بر این باورند که در مورد برخی از رفتارها، استفاده از مفهوم خودکارآمدی بندورا بهتر از متغیر کنترل رفتار درک شده، امکان پیش‌بینی بروز رفتار را فراهم می‌نماید (۱۲). درک کنترل رفتار به معنی درک فرد از میزان سختی و یا آسانی انجام رفتار است. سازه درک رفتار کنترل شده به طور مکرر با سازه خودکارآمدی بندورا مقایسه می‌گردد. اگرچه درک رفتار کنترل شده شامل فاکتورهای خارجی(مانند: زمان، فرصت‌ها، منابع و...) و فاکتورهای داخلی (مانند: توانایی‌ها، مهارت‌ها و فشارها) است؛ ولی بعدها محققان پیشنهاد نمودند که درک رفتار کنترل شده را تنها شامل فاکتورهای خارجی و خودکارآمدی را در برگیرنده فاکتورهای داخلی در نظر گیرند زیرا که توانایی و قدرت پیشگویی‌کنندگی تئوری با سازه خودکارآمدی بندورا افزوده خواهد شد (۱۲). عده‌ای عقیده دارند که اضافه نمودن خودکارآمدی به تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، عامل مؤثرتری در پیش‌بینی تمایل و رفتار می‌باشد (۱۲). خودکارآمدی باور فرد در مورد توانایی انجام عملکرد مورد نظر می‌باشد (۱۲). خودکارآمدی ریشه در نظریه شناختی- اجتماعی بندورا دارد (۱۳) و تصویری از رفتار را ترسیم می‌کند که مهم‌ترین عنصر آن خودکارآمدی است (۱۴). خودکارآمدی بر انتخاب رفتار، بر تغییر رفتار و بر رفتار مؤثر است (۱۵)؛ لذا نقش مهمی را در تدوین روش‌های مؤثر در طراحی مداخلات و برنامه‌های آموزشی ایفا می‌کند (۱۶). مطالعات داخلی و خارجی بسیاری به ارتباط بین آگاهی و نگرش و عملکرد تغذیه‌ای و نیز تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بر رفتارها و عادات تغذیه‌ای در افراد اذعان نموده‌اند (۲۰ -۱۷).

با عنایت به نقش گسترده و با اهمیت کارگران در چرخه اقتصادی کشور و توجه به سلامت آنها و هدف انسان سالم محور توسعه؛ و توجه ویژه به کارگران زن و نقش مولد آنها در چرخه اقتصادی و نسل آینده کشور، مداخلات آموزشی در آنان از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا تحقیق حاضر با هدف شناخت

[1] Years Of Life Lost

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

علل تأثیرگذار بر تغذیه زنان کارگر سنین باروری طراحی گردیده است تا دیدگاه‌های زنان در مورد عوامل تأثیرگذار بر تغذیه در چارچوب یک مدل روانی- اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد که از ویژگی‌های مهم این مطالعه می‌باشد. با توجه به اینکه فرآیند شکل‌گیری نیازها در انسان‌ها بسیار پیچیده است و ریشه در بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه دارد، بسیاری از تجارب، ادراکات و عقاید افراد قابلیت کمی شدن را ندارند و ضروری است تا این موارد به شیوه‌ای مناسب مورد ارزیابی قرار گیرند. روش‌های تحقیق کیفی، توصیفی غنی و درکی عمیق از پدیده‌ها و تجارب انسانی را امکان‌پذیر می‌سازند (۲۱) که با توجه به هدف مطالعه روش مناسبی جهت این پژوهش می‌باشند.



مدل تلفیقی تئوری رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی

روش کار

این مطالعه کیفی به روش بحث گروهی متمرکز در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته و بخشی از یک مطالعه تلفیقی کیفی- کمی متوالی می‌باشد که با هدف تبیین عوامل مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر سنین باروری بر اساس "مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی" در گروه‌های مختلف زنان کارگر صورت پذیرفت. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۷۰ نفر از زنان کارگر سنین باروری ۲۰ تا ۴۵ ساله شاغل در کارخانجات شهرک صنعتی عباس‌آباد پاکدشت بودند و به روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر رتبه کاری، سلامتی و بیماری، سن، تأهل و سطح تحصیلات) انتخاب شده بودند که درقالب ده گروه هفت نفره تقسیم گردیدند. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها که یافته‌های جدیدی به داده‌های موجود اضافه نگردد ادامه یافت. جلسات مصاحبه‌ها در اتاق مختص آموزش کارگران واقع در کارخانجات محل کار زنان کارگر انجام گردید. هر مصاحبه با حضور راهگشا (پژوهشگر) و یادداشت‌بردار انجام شد تا در ضمن انجام مصاحبه‌ها به رفتارهای غیرکلامی زنان کارگر نظیر تغییرات چهره و تماس‌های چشمی توجه گردد و در یادداشت‌ها ثبت گردید. از اعداد به جای نام شرکت‌کنندگان استفاده گردید. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته و با استفاده از چارچوب تدوین شده برای انجام مصاحبه (راهنمای مصاحبه‌ها) به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه انجام پذیرفت. راهنمای مصاحبه به عنوان پیش‌آزمون از نظر قابلیت اعتماد سؤالات و زمان لازم برای طرح سؤالات و بحث بر روی آن بررسی گردید. بدین معنی که راهنمای سؤالات قبل از انجام مصاحبه‌ها توسط متخصصین مورد بررسی قرار گرفت و سپس به صورت آزمایشی در یک گروه از زنان کارگر مورد بحث واقع گردید تا اصلاحات لحاظ گردد و سؤالات قابل درک بوده و وضوح کامل داشته باشند.

راهنمای سؤالات مصاحبه بحث گروهی متمرکز:

۱- به نظر شما تغذیه سالم چه معنایی دارد؟ ۲- تغذیه سالم چه تأثیری در سلامت زنان کارگر دارد؟ ۳- چگونه می‌توانید از رژیم غذایی سالم بهره‌مند شوید؟ ۴- نظر افراد خانواده مانند پدر و مادر، همسر و یا افراد مهم دیگر چه تأثیری در تغذیه زنان کارگر دارد؟ ۵- چه موانعی در داشتن تغذیه سالم بر سر راه زنان کارگر وجود دارد؟ ۶- زنان کارگر چگونه توانمندی برنامه‌ریزی جهت حذف موانع تغذیه سالم را دارند؟ ۷- آیا قصدِ داشتن برنامه غذایی سالم را در طی ماه آینده دارید؟ چگونه؟

در این تحقیق از روش تحلیل محتوا به شیوه قراردادی و با استفاده از مدل و همزمان با گردآوری داده‌ها استفاده گردید (۲۲). بدین معنی که پس از پایان هر جلسه از مصاحبه‌ها در اولین فرصت اطلاعات ضبط شده توسط پژوهشگر شنیده شد و با نوشته‌های یادداشت‌بردار مقایسه گردید و مطالب یکی شده و اصلاح گردید. سپس متن چندین بار خوانده شد تا درک عمیق و صحیحی از آن به دست آمد و به کوچک‌ترین واحدهای معنادار (کد) شکسته شد. کدها در درون‌مایه‌های فرعی (تم‌های فرعی) جاگذاری شدند. درون‌مایه‌های فرعی در قالب درون‌مایه‌های اصلی که در این مطالعه سازه‌های "مدل تلفیقی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی" شامل: نگرش، هنجار ذهنی، درک رفتار کنترل شده، خودکارآمدی و قصد رفتار است؛ قرار گرفت.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در این پژوهش به جهت حصول به دقت و استحکام داده‌ها؛ قابلیت اعتبار، قابلیت اطمینان، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال رعایت شد (۲۲). قابلیت اعتبار بدین شکل سنجیده گردید که محقق زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفت و با رفت و برگشت مکرر در داده‌ها، درگیری طولانی‌مدت خود را حفظ نمود. همچنین از حداکثر تنوع نمونه استفاده شد تا اعتبار داده‌ها تضمین گردد. قابلیت اطمینان از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق صورت گرفت. بدین ترتیب که بعد از پیاده کردن متن نوار توسط محقق؛ محققین همکار که در جمع‌آوری داده‌ها شرکت نداشتند به نوارها گوش داده و با متن پیاده شده مقایسه نمودند تا اطمینان حاصل شود که متن به دقت و دقیقاً بر اساس نوار ضبط شده پیاده و تایپ گردیده است.

به منظور سنجش قابلیت تصدیق محقق سعی می‌کند تا پیش‌داوری‌های خود را تا حد امکان در جمع‌آوری‌ها و تجزیه و تحلیل‌ها دخالت ندهد. بدین منظور متن پیاده شده از نوارهای ضبط شده از مصاحبه‌ها در اختیار زنان کارگر شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها قرار گرفت تا تأیید نمایند که مطالب دقیقاً منطبق با صحبت‌های آنان بوده است و چیزی از مطالب کاسته نشده و چیزی به آنها اضافه نگردیده است. در قابلیت انتقال‌پذیری محقق سعی می‌نماید با ذکر کامل تمامی مراحل و شرایط مطالعه (روند جمع‌آوری داده‌ها، زمان و مکان جمع‌آوری و...) و توصیف دقیق و مرحله به مرحله پژوهش، انجام مطالعات در شرایط یکسان را برای دیگر محققین امکان‌پذیر نماید.

نتایج

این مطالعه بر روی ۷۰ نفر از زنان کارگر مربوط به ده کارخانه واقع در شهرک صنعتی عباس‌آباد انجام گردید (جدول ۱). استخراج کدها و تم‌ها و جاگذاری آنها در این مطالعه نشان داد که رفتارهای تغذیه‌ای زنان کارگر تحت تأثیر عوامل مختلفی است که در قالب پنج محور اصلی (نگرش، هنجارذهنی، کنترل موانع درک شده، خودکارآمدی، قصد رفتاری) مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

جدول ۱- ویژگی‌های زنان کارگر شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات فردی	
گروه های سنی	
۲۰- ۳۲	۳۴
۳۳- ۴۵	۳۶
مقطع تحصیلی	
بی‌سواد	۱۰
پنجم ابتدایی	۱۱
سیکل	۱۵
دیپلم	۲۵
لیسانس	۹

جدول ۲- دسته‌بندی درون‌مایه‌های اصلی و فرعی

شماره	درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
۱	**نگرش به تغذیه سالم**	ارجحیت مصرف غذای تازه و طبیعی
		ارجحیت مصرف مواد اولیه بهداشتی و تمیز
		ارجحیت مصرف میوه و سبزیجات و گوشت و لبنیات
		فست‌فودها عامل افزایش بیماری‌ها
		تغذیه سالم عامل سلامتی جسمی
		تأمین‌کننده نیازهای بدن
		لازمه کار و حرکت در جامعه
		عامل سیر کننده شکم
۲	**هنجار ذهنی در تغذیه سالم**	اهمیت تأهل و ترجیح نظرات همسر و فرزندان در تغذیه
		تأثیر نظر والدین (پدر و مادر) در تغذیه
		تأثیر فرهنگ غذایی حاکم در جامعه بر نوع تغذیه زنان
		توجه به ظاهر بدن و لاغری در جامعه
		الگوبرداری نادرست از عادات تغذیه‌ای مادر در خانواده
		تأثیر زنان در ذائقه‌سازی در افراد خانواده
۳	**کنترل رفتار درک شده در تغذیه سالم**	موانع زمانی
		وقت کم در محیط کار و خانه
		مشغله کاری زیاد در محیط کار و خانه
		موانع فردی
		خستگی
		افسردگی و بی‌حوصلگی
		نداشتن آگاهی
		نداشتن انگیزه و مشوق
		موانع مالی
		نداشتن پول کافی
		موانع مکانی
		دوری از شهر و محدودیت دسترسی به مواد اولیه غذایی
۴	**خودکارآمدی در تغذیه سالم**	توان برنامه‌ریزی بیشتر در روزهای تعطیل
		برنامه‌ریزی ناقص در روزهای کاری
۵	**قصد رفتاری در تغذیه سالم**	تمایل به مصرف غذای سالم
		سعی در مصرف میوه به عنوان میان‌وعده در رژیم روزانه

محور اول- نگرش: به نظر اکثریت زنان کارگر تغذیه سالم به معنای مصرف غذای تازه و طبیعی، استفاده از مواد اولیه سالم، خوردن لبنیات و گوشت و سبزی و میوه، و فست‌فودها عامل افزایش بیماری‌ها تلقی گردید. زنی می‌گفت: "غذای سالم یعنی غذایی که مواد اولیه‌اش تمیز و تازه و سالم باشه". زنی می‌گفت: "بهداشت غذا مهمه، این که چه گوشتی استفاده می‌کنند مهمه، برای همین غذای خونه از بیرون بهتره". دیگری می‌گفت: "حبوبات، گوشت، مرغ و سبزی غذای سالمه که اگه بتونیم سعی می‌کنیم بخوریم". زنی می‌گفت: "غذای بیرون مطمئن نیست توی خونه مطمئن‌تره. بچه‌ام به غذاهای بیرون علاقه داره ولی شوهرم مخالفه و اصلاً نمی‌خره ماهی یک بار سوسیس و کالباس یا پیتزا می‌خریم به همین خاطر هم بیماری‌ها زیاد شده". نیمی از زنان تغذیه سالم را عاملی برای سلامت و تأمین نیازهای بدن و لازمه کار و حرکت در جامعه قلمداد نمودند. زنی می‌گفت: "غذایی که تمام پروتئین‌ها را به بدن برسونه و ویتامین‌ها رو تأمین کنه". زنی اظهار می‌کرد: "تغذیه یکی از نکته‌های مهمه به نظر من اگه تغذیه خوب نباشه خب انسان نمی‌تونه خوب کار کنه و حرکت کنه". اقلیتی از زنان کارگر هم به توجه زنان کارگر به سیری شکم اشاره نمودند. زنی بیان می‌کرد: "اصلاً به هیچ عنوان توجه نداریم که پروتئین و یا نیاز بدن را جبران می‌کنه یا نه فقط می‌خواهیم سیر بشیم". زن دیگری می‌گفت:"... بالاخره تنها غذاست دیگه، باید فقط شکم سیر بشه".

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

محور دوم- هنجار ذهنی: اکثریت زنان کارگر به اهمیت تأهل و نظرات و سلایق همسر و فرزندان، تأثیر نظر والدین در نوع تغذیه زنان و ارتباط تغذیه سالم و فرهنگ غذایی حاکم در جامعه به عنوان اصلی‌ترین هنجار ذهنی زنان اشاره نمودند. نیمی از زنان در مورد تأثیر تأهل بر تغذیه به عنوان هنجار ذهنی زنان اشاره نمودند. زن متأهلی بیان می‌کرد: "من فکر کنم باید زنان کارگر رو به دو دسته تقسیم کنیم یکی مجردها و دیگری متأهل‌ها. خانم‌هایی که مجردن خیلی دغدغه‌هاشون کمتره می‌رن خونه همه چی آماده است راحت می‌رن حالا یه تغذیه‌ای دارن و به استراحتشون می‌رسن". زن مجردی اظهار می‌کرد: "اتفاقاً در خانواده بیش از حد به تغذیه سالم تأکید دارن. سعی می‌کنن چون زمان استراحت نداریم حداقل از نظر تغذیه کمبودها رو تکمیل بکنن". زن مجرد دیگری می‌گفت: "مادرها واقعاً دلسوزند مثلاً مادر من میگه خسته‌ای سر کار نرو، و تو خونه بهم می‌رسه". بیش از نیمی از زنان در مورد اهمیت به نظر همسر و فرزندان بیان می‌کردند: "بیشتر خانم‌ها به نظرات بچه‌ها توجه می‌کنن و به علایق خودشون توجهی ندارن". زنی می‌گفت: "من بچه‌ام یه نظر می‌ده و شوهرم هم یه نظر می‌ده. می‌خوام چیزی درست کنم نظر اون‌ها رو می‌پرسم که چی می‌خوان". دیگری ادامه داد: "پیتزا با سوسیس می‌خوان سعی می‌کنم ماهی یک بار درست کنم اون‌ها دوست دارن و اجتناب‌ناپذیره". برخی دیگر از زنان در مورد تأثیر والدین بیان می‌کردند: "مثلاً من پیش مادرم که مریض بود می‌رفتم و غذای رژیمی درست می‌کردم و خودمون هم به همون غذا عادت کرده بودیم. غذا به صورت کم نمک و کم چربی درست می‌شد".

برخی از زنان در مورد ارتباط تغذیه با فرهنگ غذایی حاکم در جامعه اظهار می‌کردند: "تغذیه هم برمی‌گرده به فرهنگ غذایی جامعه... فکر نمی‌کنم الان زیاد رعایت بشه. ...الان فست‌فودها هستن و اینجور غذاها زیاد شده". در مورد اهمیت بیشتر نظر مردان در نوع غذای خانواده زنی بیان می‌کرد:"... مثلاً شما در یه خانواده در نظر بگیرین مثلاً برادر خانواده یا پسری که هست اگه سرخ‌کردنی دوست داره همه باید همین طوری غذا بخورند... به خاطر همین این تابع یه نفره که زورگوتر هم هست".

اقلیتی از زنان به توجه و اهمیت به ظاهر بدن و لاغر بودن زنان به عنوان هنجار ذهنی مؤثر بر تغذیه اشاره نمودند. برخی از زنان اظهار می‌کردند: "الان باب شده دخترهای جوان و مجرد تغذیه بدی دارن که لاغر بشن و آسیب می‌رسونه به بدنشون. من بعضاً بین دوستام یا محل کارم می‌بینم که غذا نمی‌خوره تا لاغر بمونه". تعداد محدودی از زنان به بی‌توجهی زنان نسبت به تأمین نیازهای سلامت خود و الگوبرداری نادرست از رفتار تغذیه‌ای مادر خانواده و تکرار رفتار مادر به عنوان هنجار اجتماعی مؤثر بر رفتار تغذیه‌ای زنان اشاره نمود. زنی بیان می‌کرد: "چون از بچگی که چشم باز کردیم دیدیم که مادر داره فقط به ما سرویس می‌ده به ندرت مادری رو دیدیم که دنبال کار خودش باشه مادر معمولاً رفاه خودش رو در بچه‌اش میبینه و به خودش نمی‌رسه. ... و ما فکر می‌کنیم که به عنوان یک زن اول باید رضایت دیگران رو جلب کنیم...". زن دیگری اظهار می‌کرد: "حتی زمانی هم که یه خانم باردار تغذیه و کارهاش فقط برای بچه‌اش هست به خاطر سلامت بچه‌اش غذا می‌خوره آب می‌خوره و حتی توی این دوران هم به فکر خودش نیست".

یک نفر از زنان سرکارگر به اهمیت ذائقه‌سازی در خانواده توسط زنان وکمک به هنجارسازی مثبت در جامعه اشاره نمود و بیان کرد:"... یه بچه‌ای که تو یه خانواده‌ای بزرگ می‌شه که مادر غذایی رو دوست نداره و یک سری مواد غذایی تهیه نمی‌شه روی ذائقه اون بچه تأثیر داره، یعنی من شخصاً به عنوان مادر اون مواد غذایی رو که دوست ندارم نمی‌خرم و توی خونه نمی‌آرم. در واقع مادر غذایی رو که دوست داره به بچه می‌ده...".

محور سوم- موانع درک شده: اکثر زنان کارگر به مانع زمانی و مشغولیت کاری زیاد مانند وقت کم در محیط کار و خانه اشاره نمودند. زنی اظهار می‌کرد: "اصلاً نمی‌شه تا می‌رسیم تو آشپزخونه‌ایم. استراحت نمی‌کنیم از کار می‌آیم خونه باید بشوییم و جمع کنیم و بعد بخوابیم. وقت نداریم ساعت کاریمون زیاده". زن دیگری می‌گفت: "آنقدر وقت کم دارن که وقتی می‌رسن خونه سعی می‌کنن یه غذایی سریع درست کنن و بذارن جلوی خانوادشون مثل سوسیس و کالباس".

بیش از نیمی از زنان به خستگی و افسردگی به عنوان مهم‌ترین مانع فردی اشاره نمودند. زنی بیان می‌کرد: "خستگی. اگه آدم خسته باشه میل به غذا نداره فقط دوست داره بخوابه تا حتی صحبت کنه یعنی نای صحبت کردن نداره". زنی اظهار می‌کرد: "به شرایط کاری هم مربوط می‌شه. کارگران زن روحیه خسته‌ای دارن و خیلی ضعیف و افسرده هستن. بازیابی نمی‌شن. خستگی رو خستگی". نیمی از زنان به موانع دیگر از جمله نداشتن آگاهی، نداشتن انگیزه و مشوق و بر عهده داشتن مسؤولیت‌های کار و خانه‌داری اشاره نمودند. زنی بیان می‌کرد: "دانش کافی هم راجع به نیازهای بدن نداریم. دانشمون راجع به مواد غذایی و اینکه تو چه سنی چی بخوریم کمه و هیچ اطلاعی نداریم". زنی می‌گفت: "اطلاعات هم مهمه اونی که شاغله اگه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

اطلاعات داشته باشه که مثلاً سبزی‌ها چه خاصیتی دارند غذاهای دیگه چه خاصیتی دارند خب راحت‌تر توی پخت غذا می‌تونه تصمیم بگیره...". زنی بیان می‌کرد: "چون خانم‌های کارگر کار می‌کنن، چیزی مشوق ندارن و انگیزه‌ای نمی‌مونه...". زن دیگری می‌گفت: "کار در کارخانه به علاوه مسؤولیت‌های خانه‌داری".

برخی از زنان نداشتن امکانات مالی برای تهیه مواد اولیه را مؤثر بر رفتار دانستند. زنی بیان می‌کرد: "یه سری از مسایل تغذیه‌ای برمی‌گرده به شرایط مالی این عزیزان که با توجه به درآمدی که دارند در قشر ضعیف جامعه هستند و نتونن که مخارج رو تأمین بکنند و خیلی از نیازهاشون رو...". زن دیگری اظهار می‌کرد: "... با وضعیت اقتصادی کشور ما یه مقداری زندگی سخته و به این مسایل اهمیت نمی‌دن و خودشون هم هر چی دم دستشون برسه می‌خورند". اقلیتی از زنان کارگر موانع مکانی از جمله دسترسی محدود به مواد اولیه غذایی سالم و دوری از شهر را بر رفتار تغذیه‌ای زنان مؤثر دانستند. برخی از زنان بیان می‌کردند: "اگه کارخونه داخل شهر بود بالاخره دسترسی به یک میوه‌فروشی، سوپرمارکتی چیزی داشتیم که چیزی بخریم ولی اینجا دوره. محیط هم خیلی تأثیر داره. به جایی دسترسی نداریم".

محور چهارم- خودکارآمدی: اکثریت زنان کارگر تأثیر مثبت برنامه‌ریزی برای داشتن تغذیه سالم را به عنوان خودکارآمدی در تغذیه بیان کردند. زنی بیان می‌کرد: "خب من برنامه‌ریزی داشتم واسه کارم به خاطر این که هم سر کار می‌رفتم هم تو خونه به کارهام می‌رسیدم". زنی اظهار می‌کرد: "اگه برنامه‌ریزی کنیم حتماً می‌شه". زنی می‌گفت: "باید یه برنامه غذایی درستی داشته باشیم اگه باشه دیگه همه عادت می‌کنند". بیش از نیمی از زنان توان برنامه‌ریزی بیشتر در روزهای تعطیل و برنامه‌ریزی ناقص در روزهای کاری برای تغذیه سالم را عنوان نمودند و کمبود وقت را عامل اصلی در عدم خودکارآمدی در برنامه‌ریزی برای تغذیه سالم بیان کردند. و بیان می‌کردند: "شنبه‌ها توان برنامه‌ریزی بیشتری داریم. مثلاً پنج شنبه مهمون داشته باشیم و شب غذا اضافه بیاد بسته‌بندی می‌کنیم غذا و میوه رو و می‌آریم اما وسط هفته نمی‌شه...". زنی بیان می‌کرد: "چون زمانشون خیلی کمه برای برنامه‌ریزی، چون شش روز هفته رو کار می‌کنه و اون روزی رو هم که توی خونه است به نظر من خیلی زمان کمی هست برای انجام این کارها و یا حتی برنامه‌ریزی کردن".

محور پنجم- قصد رفتاری: اکثریت زنان کارگر عنوان می‌کردند که قصد انجام رفتار تغذیه‌ای و استفاده از مواد غذایی سالم و میوه به عنوان میان‌وعده در محیط کار را دارند. زنی می‌گفت: "خب به نظر من همه دوست دارند که تغذیه سالم داشته باشند. خانم‌های کارگر هم دوست دارند ولی خب یکی به خاطر فقر مالی و یکی این که با مواد غذایی آشنایی ندارند و یکی این که واقعاً اصلاً فرصتش رو ندارند". زن دیگری می‌گفت: "خواستن رو که هر کسی می‌خواد سلامتش در اولویت باشه و هر کاری برای سلامتش انجام بده".

بحث

این مطالعه برای اولین بار در کشور به بررسی عوامل مرتبط با رفتار تغذیه‌ای زنان کارگر به روش کیفی در چارچوب مدل روانی- اجتماعی می‌پردازد. امروزه ارتباط بین رژیم غذایی و شیوع بیماری‌های مزمن مشخص شده است و در نتیجه تغییرات رژیم غذایی به عنوان سنجش ارتقای سلامت مورد توجه قرار گرفته است (۲۳). یافته‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها مؤید این بود که اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش معنای تغذیه سالم را به عنوان ترجیح مصرف غذای تازه و سالم و تمیز و متنوع شامل گوشت، لبنیات، میوه و سبزیجات قلمداد نمودند. در سایر مطالعات در داخل و خارج از کشور نیز افراد به تغذیه سالم به عنوان مصرف غذای کم‌چرب، ماهی و میوه و سبزیجات به عنوان عامل پیشگیری‌کننده بیماری‌های قلب و عروق اشاره نمودند (۲۴ و ۲۵). اما هیچ یک از زنان کارگر مشارکت‌کننده در پژوهش به مصرف غذای کم‌نمک و کم‌چرب و مصرف کم شیرینی‌جات اشاره ننمودند که این موضوع که در تمامی موارد استخراج شده از مصاحبه‌ها مشهود است بیانگر عدم آگاهی کافی زنان کارگر از مفهوم تغذیه سالم است که مغایر با نتایج پژوهشی است که در سال ۱۳۸۳ در بزرگسالان منطقه ۱۳ تهران انجام گرفت و نشان داده شد که افراد از آگاهی تغذیه‌ای خوبی برخوردار بودند (۱۸).

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بهداشت مواد اولیه غذایی را در تغذیه سالم مطرح نمودند که این یافته نشانگر آن است که توجه زنان به مسأله بهداشت مواد غذایی تحت تأثیر تبلیغات وسیع رسانه‌ها پیرامون رعایت بهداشت مواد غذایی و جلوگیری از بیماری‌ها می‌باشد. یافته‌ها توسط مطالعه‌ای که در آن افراد به ارتباط بین نحوه نگهداری و پخت مواد غذایی و پیشگیری از بیماری‌های روده‌ای اشاره داشتند و اطلاعات خود را ناشی از پرداختن برنامه‌های تغذیه در رسانه‌ها حول محور بهداشت مواد غذایی دانستند؛ تأیید می‌گردد (۲۶).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

یافته‌ها نشان داد که زنان کارگر تغذیه سالم را عامل سلامتی جسم و لازمه حرکت و کار در جامعه می‌دانند. این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی نیز تغذیه را به عنوان عامل کلیدی سلامت گزارش نموده و علل خطر مربوط به تغذیه مثل چاقی، کلسترول بالا، دریافت ناکافی میوه و سبزی را به عنوان عامل زمینه‌ای بیماری‌های غیرمسری قلمداد می‌نماید (۲۷). همچنین رژیم غذایی سالم به عنوان عامل پیشگیری‌کننده بیماری‌های مزمن و باعث ارتقاء سلامتی و رشد اقتصادی قلمداد گردید (۲۸).

یافته‌ها نشان داد که زنان کارگر پرهیز از مصرف کنسروها و فست‌فودها را به عنوان تغذیه سالم قلمداد کردند. البته باید توجه داشت که جامعه ما به سرعت در جهت توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن حرکت می‌کند و مصرف غذاهای آماده در حال افزایش است و عواقب آن می‌تواند به صورت مشکل تغذیه‌ای در آینده مطرح شود (۲۹). زنان کارگر نیز به علت اشتغال در بازار کار، بیشتر وقت خود را در خارج از خانه می‌گذرانند که با توجه به مشکلات رفت و آمد و ترافیک ناشی از توسعه شهرنشینی مجبورند حداقل یک نوبت غذا را در طول شبانه‌روز خارج از منزل صرف نمایند (۳۰).

مشارکت‌کنندگان به تغذیه به عنوان عامل سیری شکم اشاره نمودند و ذکر کردند که توجه زنان کارگر به مقوله کمیت غذا و سیری شکم است و به کیفیت مواد غذایی توجهی ندارند. این موضوع توسط یافته‌های مطالعات دیگر پیرامون تأثیر مسایل اقتصادی و اجتماعی در تغذیه زنان در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌نیافته و عدم توجه به مصرف مواد با ارزش غذایی بالا و نهایتاً ایجاد زنان کوتاه قد و چاق تأیید می‌گردد (۳۱).

با توجه به یافته‌های حاصل از نگرش می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که زنان کارگر از ارتباط بین تغذیه و سلامت آگاه می‌باشند و نگرش‌های مثبتی پیرامون مصرف مواد غذایی سالم و تمیز و متنوع و پرهیز از مصرف غذاهای آماده دارند. اما چالش اصلی در حقیقت فاصله محسوس بین آگاهی و عملکرد در افراد است. بدون شک علاوه بر آگاهی، موانع و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز نقش مهمی در شکل‌گیری انتخاب‌های غذایی افراد بازی می‌کنند. لذا اندازه‌گیری نگرش‌ها و باورها و تعیین هنجارهای اجتماعی مرتبط می‌تواند به درک مراحل و ترتیب رفتاری که به تغییر رژیم غذایی در یک جمعیت منجر می‌شود، کمک کند (۳۲). اگرچه آموزش‌های عمومی به منظور افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای و پیروی از آنها صورت می‌گیرد، شکافی عمیق میان آنچه درباره دریافت‌های غذایی توصیه می‌شود و آنچه در عمل و رفتارهای غذایی مشاهده می‌شود، وجود دارد (۳۳) و برنامه‌های ارتقاء سلامت در جامعه در صورتی موفق خواهند بود که با توجه به آگاهی، نگرش و عملکرد کنونی افراد طرح‌ریزی شوند (۳۴).

یافته‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان در پژوهش به تأثیر تأهل در نوع تغذیه و اهمیت به نظر همسر و فرزندان و والدین به عنوان عامل تأثیرگذار در تغذیه زنان اشاره کردند. در مطالعات دیگر نشان داده شد که زنان آگاهی تغذیه‌ای بهتری نسبت به مردان داشتند اما نمره عملکرد آنها مانند مردان ضعیف گزارش گردید که بدین جهت عملکرد ضعیف تغذیه‌ای زنان تابعی از خواست و سلیقه همسران آنان قلمداد گردید (۳۵). همچنین مشارکت‌کنندگان به تأثیر آگاه بودن والدین و خصوصاً نقش مادر در تغذیه اشاره داشتند و از نظر زنان کارگر مجردها از تغذیه بهتری نسبت به متأهل‌ها برخوردار هستند زیرا که از حمایت بیشتر مادر در رابطه با تغذیه برخوردارند. این در حالی است که در زنان کارگر با مشغله کاری زیاد و فرصت کم در محیط کار و خانه توجه به تغذیه یک موضوع فراموش شده تلقی می‌گردد. این یافته با یافته‌های مطالعه دیگری که به حمایت و توجه اکید مادران در نوع وعده‌های غذایی فرزندان و توصیه به مصرف میوه به عنوان میان وعده در فرزندان می‌پردازد، هماهنگی دارد. در همین مطالعه نیز به تأثیر میزان آگاهی همسر از تغذیه و اطلاع‌رسانی به زن اشاره گردیده است (۳۶). همچنین مطالعات دیگر نشان دادند که با افزایش سطح سواد و آگاهی در والدین میزان آگاهی تغذیه‌ای دختران نیز افزایش می‌یابد (۱۹) و نقش والدین به عنوان در دسترس‌ترین منبع کسب آگاهی تغذیه‌ای در فرزندان بسیار مهم قلمداد گردید (۳۷). در نتیجه پیشنهاد می‌گردد که در مداخلات آموزشی به نقش مؤثر والدین و همسر توجه گردد و در طراحی آموزشی لحاظ گردند.

مشارکت‌کنندگان به ارتباط فرهنگ غذایی حاکم در جامعه و تغذیه زنان اشاره داشتند. در واقع عده‌ای از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به تأثیر بسیار زیاد و غالب سلیقه مردان در نوع تغذیه و به تبع آن تغذیه افراد دیگر خانواده اشاره داشتند. مطالعات نشان می‌دهند که در کشورهای در حال توسعه، سلامت و تغذیه زنان تحت تأثیر عوامل بسیار پیچیده‌ای از جمله علل بیولوژیک، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. تبعیضات جنسیتی در نوع تغذیه زنان و دختران تأثیرگذار است و از نظر فرهنگی زنان و دختران دریافت مواد غذایی کمتری نسبت به دیگر افراد خانواده و خصوصاً پسران و مردان دارند (۳۸). در کشور ایران نیز زنان به ویژه زنان در مناطق محروم از لحاظ تغذیه‌ای در معرض خطر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بیشتری قرار دارند. تبعیض‌های بین زن و مرد سبب می‌گردد که زن خانوار از نظر توزیع غذایی در آخرین رتبه قرار گیرد و به طور معمول غذای وی نه تنها از نظر کمی بلکه از نظر کیفی نیز پایین‌تر از سایر افراد خانوار می‌باشد (۳۹). همچنین نتایج مطالعه مشابهی نشان داد که تفاوت‌های فرهنگی عامل مؤثری در تعیین تمایلات و تنوع گروه‌های غذایی و نحوه تغذیه افراد است (۴۰).

یافته‌ها نشان داد که توجه به ظاهر بدن و لاغری در جامعه از هنجارهای ذهنی مؤثر بر تغذیه دختران و زنان کارگر است. این واقعیت با توجه به تبلیغات و فیلم‌های رسانه‌ای و توجه به ظاهر لاغر زنان و ایجاد تصور زیبایی زن در قالب اندام لاغر در سطح جامعه قابل توجیه می‌باشد و به دنبال آن توجه و تمرکز به جای سلامتی به زیبایی بر می‌گردد. این یافته نیز هماهنگ با مطالعه‌ای است که در آن زنان دقت و توجه خانواده‌ها را در مورد وزن زنان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های زنان در تغذیه عنوان نمودند و بیان کردند که حتی در مجلات، روزنامه‌ها و تلویزیون نیز توجه به ظاهر لاغر و رژیم‌های تغذیه‌ای برای زنان قابل تأمل است و وزن مناسب عامل مهم‌تری برای زیبایی است تا سلامتی (۲۴ و ۲۵).

یافته‌ها نشان داد که الگوبرداری از عادات تغذیه‌ای مادر و نقش ذائقه‌سازی مادر در خانواده از هنجارهای ذهنی ایجاد شده در هر خانواده و به تبع آن فرهنگ غذایی حاکم در جامعه است. در مطالعه مشابهی به جایگاه طلایی زن در خانواده به عنوان الگوی رفتاری افراد خصوصاً دختران توجه شده است و عنوان می‌شود که دختران از سن شش سالگی الگوبرداری از رفتار مادر را آغاز می‌کنند و در آینده به عنوان فردی با عادات و رفتارهای مشابه مادر پرورش می‌یابند. به همین دلیل رفتارها و عادات نادرست تغذیه‌ای در مادر به دختران و خانواده و به تبع آن جامعه گسترش می‌یابد. از سویی زن در هر جامعه‌ای نقش مهم تغذیه و سلامت خانواده را بر عهده دارد (۴۱). بدین جهت طرح و برنامه‌ریزی آموزش‌هایی پیرامون طبخ غذای سریع با توجه به مواد در دسترس و ارزان و مطابق با ذائقه خانواده‌های ایرانی در گروه زنان کارگر ضرورت می‌یابد.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمبود وقت را مهم‌ترین مانع مؤثر در تغذیه سالم دانستند. استخراج این موضوع در تمامی مصاحبه‌ها مؤید این است که زنان کارگر با ۸ تا ۱۲ ساعت کار روزانه فرصتی برای تهیه غذای سالم و توجه به کیفیت غذا ندارند. از طرفی در محل کار نیز زمان اختصاص داده شده به زنان در حدود نیم تا یک ساعت برای صبحانه و نهار است. به همین دلیل زنان کارگر از فرصت کافی در محیط کار و خانه برای دریافت غذای پر انرژی و سالم برخوردار نیستند و شاید بتوان گفت که مهم‌ترین و پررنگ‌ترین مانع تغذیه سالم در زنان کارگر مسأله کمبود وقت است. در مطالعه‌ای بر روی عادات تغذیه‌ای زنان نیز به ذیق وقت به عنوان عاملی برای تهیه غذای سریع اشاره شد و ذکر گردید که اکثراً غذاهای سالم و سریع شامل سالادها می‌باشند که با ذائقه همه افراد هماهنگ نیست لذا زنان به غذاهای کنسرو شده و فست‌فودها رو می‌آورند که برای سلامتی مضر است (۴۲).

یافته‌ها نشان داد که زنان کارگر خستگی و نداشتن انگیزه را از موانع فردی تغذیه سالم عنوان کردند. به نظر می‌رسد که خستگی ناشی از ساعات کاری زیاد در کارخانجات و توجه صرف به تولید بیشتر توسط کارفرماها و عدم توجه به نیازهای اولیه کارگران باشد. زنان به دلیل این که ساعات زیادی را در محل کار توأم با فشار کاری زیاد و استراحت کم سپری می‌کنند، و به علت خستگی ناشی از کار، انگیزه و شوق لازم برای داشتن برنامه غذایی خاص جهت خود و خانواده را ندارند و اکثراً از تغذیه نامناسبی در محیط کار برخوردار هستند. لذا ایجاد شرایط بهتر برای تغذیه و نیز برنامه‌ریزی برای ایجاد امکانات بهتر و توجه به نیازهای آموزشی کارگران زن جهت ایجاد انگیزه در آنان مؤثر خواهد بود.

مشارکت‌کنندگان به نداشتن آگاهی به عنوان مانعی برای داشتن تغذیه سالم اشاره نمودند. مطالعات مختلف دیگر نیز در مورد ارتباط آگاهی و رفتار تغذیه‌ای نتایج گوناگونی نشان داده‌اند. در مطالعه‌ای مشخص شد که ارتباط قوی بین آگاهی تغذیه‌ای و عملکرد افراد در زمینه تغذیه وجود دارد (۴۳) اما در مطالعه دیگری ارتباط ضعیفی بین آگاهی تغذیه‌ای افراد و انتخاب‌های غذایی به دست آمد و لزوماً عملکرد تغذیه‌ای آنان صحیح نبود (۴۴). اگرچه آگاهی تغذیه‌ای در انتخاب و مصرف غذا مهم به نظر می‌رسد اما منابع مالی و دسترسی به غذا از عوامل قطعی در رابطه با کیفیت مواد مغذی دریافتی می‌باشد (۴۳)؛ همچنان که یافته‌ها نشان دادند که زنان کارگر دسترسی محدودی به مواد اولیه سالم غذایی دارند. در بسیاری از مطالعات نیز به محدودیت دسترسی زنان به مواد غذایی در محیط کار و خانه و دریافت کم مواد غذایی در زنان به عنوان عامل مؤثر در سلامت زن و ایجاد کمبودهای ریزمغذی‌ها گزارش گردیده است که این محدودیت دسترسی می‌تواند به علت محدودیت‌های مالی و نیز موانع فرهنگی و اجتماعی باشد (۴۵). یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که توان برنامه‌ریزی زنان کارگر برای تغذیه سالم به

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

شرط مهیا شدن امکانات و شرایط مالی و نیز کاهش ساعات کاری در محیط کار بیشتر می‌گردد و این یافته یک یافته قابل پیش‌بینی بود، بدین جهت که با حذف موانع زمانی و فردی و محیطی در زنان کارگر توان برنامه‌ریزی آنان نیز افزایش خواهد یافت. همچنین زنان کارگر همگی بیان داشتند که قصد دارند که رفتار تغذیه‌ای خود را با ایجاد امکانات آموزشی و شرایط کار تصحیح نمایند و سلامت جسمی را خواسته هر انسانی ذکر نمودند.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که الگوی تغذیه‌ای زنان کارگر و عادات غذایی آنها تلفیقی از اطلاعات تغذیه‌ای، دسترسی به مواد غذایی، ترجیحات و باورهای فرهنگی و اجتماعی حاکم در جامعه، ذائقه افراد و طعم غذا می‌باشد. با توجه به این که زنان نقش بسیار مهمی در ایجاد عادات غذایی در خانواده دارند، آموزش و افزایش میزان آگاهی آنها نسبت به خواص مواد غذایی می‌تواند باعث توانمندتر گردیدن زنان کارگر برای برنامه‌ریزی و تهیه غذای سالم شود و تا حدود زیادی رفتار تغذیه‌ای خانوار را تحت‌الشعاع قرار دهد. این کار نیازمند برنامه‌ریزی صحیح و پیگیر می‌باشد زیرا تغییر نگرش افراد بستگی تام به تمایل آنها دارد و ایجاد انگیزه در زمینه یادگیری و اجرای روش‌های صحیح پخت و نگهداری مواد غذایی جز در سایه مشارکت زنان کارگر و نیز توجه مثبت آنان نسبت به اثرات مثبت این کار میسر نمی‌باشد. از طرفی آموزش به خانواده‌ها و کارفرماها از طریق غیرمستقیم نظیر بروشور یا پمفلت، جهت فراهم آوردن شرایط و امکانات برای زنان کارگر، و توجه به نقش مشوق و حامی برنامه‌های آموزش تغذیه سالم به اثربخشی برنامه‌ها می‌افزاید.

محدودیت‌های پژوهش: جلب همکاری زنان کارگر جهت شرکت در مصاحبه‌ها از محدودیت‌ها بودند که از اهداء هدیه و تقدیر از آنان به عنوان عامل ایجاد انگیزه در زنان استفاده گردید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری شبکه بهداشت و درمان پاکدشت و مرکز سلامت شهرک صنعتی عباس‌آباد و جناب آقای مهندس نظامی و سرکار خانم مهندس خیراندیش و مدیر درمانگاه شبانه‌روزی مردم جناب آقای دکتر خاقانی که از هیچ کمکی دریغ ننمودند کمال تشکر را داریم. همچنین از تمامی زنان کارگر شاغل در کارخانجات شهرک صنعتی عباس‌آباد که در مصاحبه‌های بحث گروهی شرکت نمودند و ما را در این تحقیق یاری نمودند تشکر می‌نماییم.

References

1- Lee K. Global Health Promotion: How Can We Strengthen Governance and Build Effective Strategies. Health Promot Int 2006;21(S1):42-50.
2- Arunanondchai J, Fink C. Trade in Health Services in ASEAN Region. Health Promot Int 2006;21(S1):59-66.
3- Ezzati MLA, Rodgeers A, Hoorn Vander S, Murray CJL, Comparative Risk Assessment Collaborative Groups. Selected major risk factors and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-60.
4- Mhurchu CN, Aston LM, Jebb SA. Effects Of Worksite Health Promotion Interventions On Employee Diets: A systemic review. BMC Public Health 2010;10:62.
5- CDC. Fruit and Vegetable Consumption among Adults – United States 2005. MMWR 2007; 56(10):213-7.
6- The Power of Prevention: reducing the health and economic burden of chronic disease. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2003.
7- Pronk NP, Goodman MJ, O'conner PJ, Martinson BC. Relation between Modifiable Health Risks and Short-term Health Care Changes. JAMA 1999;282(32):2235-9.
8- Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America. Public Health Rep 2004; 119(3):263-70.
9- Lamon-Fava S, Wilson PW, Schaefer EJ. Impact of Body Mass Index on Coronary Heart Disease Risk Factors in Men and Women. The Framingham offspring study. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1996;16(12)1509-15.
10- Black DC. Working For a Healthier Tomorrow. London: TSO 2008.
11- Harris JR, Lhcheillo PA, Hannon PA. Workplace Health Promotion in Washington State. Prev chronic Dis 2009;6(1):A29.
12- Peterson SJ, Berdew TS. *Middle range theories: application to nursing research.* Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins CO; 2004.
13- Bastable SB. Nurse as educator; Principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott co; 2003.
14- Pajaras F, Schunk DH. Self-beliefs and School Success: Self-efficacy, self-concept and school achievement. 2000. [cited 2009 March 14]. Available from: http://www.des.emroy.edu/mfp/pajaresShunk.2001.html.
15- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1997;84(2):191-215.
16- Kear M. Concept analysis of self-efficacy 2000. [cited 2009 March 14]. Available from: http://graduateresearch.com/Kear.htm.
17- Pirouznia M. The Correlation between Nutrition Knowledge and Eating Behavior in an American School: The role of ethnicity. Nutr Health 2000;14(2):89-107.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

18- Mohamadi Nasrabadi F, Mirmiran P, Omidvar N, Mehrabi Y, Aziz F. Assess Knowledge, attitude and nutritional practice of adults and their relation to body mass index and serum lipid level of adults living in district 3 of Tehran. Pajhoohandeh 2003;9(41):261-9. (Article in Persian)
19- Ouetlette JA, Wood W. Habit and Intention in Every Day Life; The multiple processes by which past behavior predict future behavior. Psych Bull 1998;124(1):54-74.
20-Jahanghiri J, Rajabi M. Assessment of culture and nutritional education of women in Shiraz. Journal of social science and humanities 2000;16(2):75-97. (Article in Persian)
21-Shariati M, Dadghari A. *Design, application and analysis of qualitative research in the field of health and medical sciences.* Tehran: Hayan pub; 2007. (Text in Persian)
22- Polite DF, Hungler BP. Nursing Research: Principles and Methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
23- O'Rahilly S, Farooqi IS. Genetics of Obesity. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2006;361:1095-1105.
24- Ness AR, Powel JW. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a systemic review. Int J Epidemiol 1997;26(1):1-13.
25- van Dillen SM, Hiddink GJ, Koelen MA, de Graaf C, van Woerkum CM. Understanding Nutrition Communication between Health Professionals and Consumers: development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. Am J clin Nutr 2003;77(4 suppl):1065S-72S.
26- Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connrorrs M, Devine CM. Managing Healthy Eating: definitions, classifications, and strategies. Health Educ Behav 2001;28:425-39.
27- Proper K, van Mechelen W. Effectiveness and Economic Impact of Worksite Interventions to Promote Physical Activity and Healthy Diet. The WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace. Dalian/ China, September 2007.
28- Pelletier B, Boles M, Lynch W. Change in health risks and work productivity over time. J Occup Environ Med 2004;46:746-754.
29-Sadr Yeghaneh H, Alavi Naeeni AM, Dorosti Motlagh AH, etal. Association between obesity and nutritional behavior of high school girls in Kerman. Payesh J 2006;6(3):193-9. (Article in Persian)
30-Shirani SH, Khosravi A, Ansari R. Effects of annual interventions in the nutritional knowledge and practice of community central areas of Iran:" Isfahan healthy heart project". Journal of Shahre Kord Medical Science University 2000;3(1):84-96. (Article in Persian)
31- Rasmussen KM, Habiche JP. Malnutrition among Women: Indicators to Estimate Prevalence. Food Nutr Bull 1989; 11:29-37.
32- Azad Bakht L, Mirmiran P, Momenan AA, Azizi F. Assess knowledge, attitude and practice of guidance school and high school students living in district 13 of Tehran about healthy nutrition. Journal of endocrinology and metabolism of Iran 2002;5(4):409-16. (Article in Persian)
33- Buttriss JL. Food and Nutrition: attitude, beliefs, and Knowledge in the United Kingdom. Am J Clin Nutr 1997;65(6supple):S1985-95.
34- Cotugna N, Subar AF, Heinendinger J, Kahle L. Nutrition and Cancer Prevention Knowledge, beliefs, and attitude and practice: The 1987 National Health Interview Survey. J AM Diet Assoc 1992;92:963-80.
35- Turrell G. Determinants of gender differences in dietary behavior. Nutr Res 1997;17:1105-20.
36- Shrewsbury VA, King LA, Hattersley LA, Howlett SA, Hardy LL, Baur LA. Adolescent- Parent Interactions and Communication Preferences Regarding Body Weight and Weight Management: a qualitative study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7:16.
37- Ene-Obong HN, Akosa UM. Adolescent Living in Boarding House in Nsukla, Erugu State, Nigeria: Meals Patterns, Nutrition Knowledge and Nutrition Intake. Ecol Food and Nutr 1993;179-93.
38- Mora OJ, Nestel PS. Improving Prenatal Nutrition in Developing Countries: Strategies, Prospects, and Challenges. Am J Clin Nutr 2000;71(5):1353S-63S.
39- Samare S, Esmaeel Zadeh A, Rahmani KH, Kalantari N, Azad Bakht A, Khosh Fetrat MR. Nutritional patterns of women referred to health centers of Maku. Journal of Ghazvin Medical Science University 2004;9(4):68-75. (Article in Persian)
40- Chapman G, Maclean H. "Junk food" and "Healthy food": meanings of food in adolescent women's culture. J Nutr Educ 1993;25:108-13.
41- Kabria WM, Gachukia EW, Matiangi FO. The Effect of Woman's Role on Health: The Paradox. Int J Gynecol Obstet 1997;58(1):23-34.
42- Prez AP, Phillips MM, Cornell CE, Mays G, Adams B. Promoting Dietary Change Among State Health Employees in Arkansas Through a Worksite Wellness Program: The healthy employee life style program (HELP). Prev Chronic Dis 2009;6(4):A123.
43- Seagert J, Young EA. Nutrition Knowledge and Health Food Consumption. Nutrition and behavior 1983;1:103-13.
44- Reime B, Novak P, Born J, Hagel E, Wanek V. Eating habits, health status, and concern about health: a study among 1641 employees in the German metal industry. Prev Med 2000;30:295-301.
45- Choobineh MA, Nazari Hesari S, Hossein D, Haghighi Zadeh MA. Assessment of nutritional knowledge of high school girls in Ahwaz and the impact of education on it. Journal of Birjand Medical Science University 2008;16(1):23-31. (Article in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Effective Factors on Nutritional Behavior of Female Workers Based On "Integrated Model of Planned Behavior and Self-efficacy": A Qualitative Approach

Keshavarz Z[1] (MD), Simbar M[*1] (PhD), Ramezankhani A[2] (PhD)

[1]*Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2]*Department of Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Received: 1 May 2010, Accepted: 2 Oct 2010

Abstract

Introduction: Poor Nutrition is a risk factor of chronic diseases which result in increasing the cost of treatments, increasing employee's leave of absence and finally an ineffective labor. This research was designed to understand the effective factors on nutritional behavior of female workers as a base for further trainings.

Methods: This research is a part of a sequential mixed method designed research. 70 women aged 20-45 years who work in industrial factories were chosen by purposeful sampling with maximum diversity and participated in focus group discussions. Data was analyzed using content analysis method.

Results: Results show that female workers had relatively good knowledge and attitude about healthy nutrition. Paying attention to taste of spouse and children was the most important subjective norm of women. Imitation of mother's habit and the effect of mother in taste making in family is another subjective norm in female workers. Women also mentioned the impact of socio-cultural factors such as body image and community norms as a subjective norm that affects nutrition behaviors. Limited time and place were the most important barriers of healthy nutrition. Results showed insufficient self-efficacy and limited power of planning in female workers; in addition few women intended to have a healthy nutrition behavior.

Conclusion: Nutritional habits of female workers are affected by nutritional information, access to food, preference and socio-cultural believes prevailing in the community. Educating female workers about nutritional facts can upgrade nutritional behavior of the whole family.

Key words: Behavior; Nutrition Assessment; Female Workers; Theory of Planned Behavior; Self-Efficacy

Hakim Research Journal 2010; 13(3): 199- 209.

*Corresponding Author: Department of midwifery and reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Vali-Asr St, Tehran, Iran. Tel/fax: +98- 21- 88202516, Email: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]