بررسی عوامل مؤثر بر مصرف ماهی بر اساس سازه‌های مدل‌های آموزش سلامت

محمد مطلبی[1]، غلامرضا شریفی‌راد[2]، فیروزه مصطفوی[3]، سیامک محبی[4]، لیلا آزادبخت[5]

چکیده

بیماری‌های قلبی- عروقی به عنوان اولین عامل مرگ و میر در ایران شناخته شده است و تغذیه به عنوان اولین و مهم‌ترین عامل در بروز این بیماری‌ها معرفی شده است؛ به طوری که از مجموع ۸۰۰ مورد مرگ و میر روزانه در کشور، ۳۰۰ مورد مستقیم به تغذیه نامناسب مربوط می‌شود. در این میان، ماهی به عنوان غذای سلامتی مطرح است و مقدار مصرف آن در یک رژیم غذایی متعادل، دوبار در هفته توصیه شده است. متأسفانه مصرف سرانه ماهی در ایران بین ۹-۷/۵ کیلوگرم در سال برآورد شده است و در اغلب استان‌ها این میزان به کم‌تر از ۴ کیلوگرم می‌رسد. شناسایی عوامل مؤثر بر مصرف ماهی اولین گام در اصلاح و بهبود این رفتار است. تحقیق‌ها نقش عواملی مانند بو و مزه ماهی، ترس از استخوان‌های ریز ماهی، توانایی در آماده‌سازی و پخت و فواید درک‌شده را ثابت کردند. تأثیر نگرش فرد در مصرف ماهی غیر قابل انکار است. مدل‌های رایج در آموزش سلامت مؤلفه‌های اساسی را شناسایی نمودند که در ایجاد و یا تغییر یک رفتار مؤثرند و به ضریب وزنی هر یک از این مؤلفه‌ها و سازه‌ها در جوامع مختلف تأکید نمودند. کالبدشناسی علل رفتار از هنرهای مدل‌های آموزش بهداشت می‌باشد. الگوها و مدل‌هایی که فرد را مسؤول رفتار می‌داند، شامل تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، الگوی اعتقاد بهداشتی، عمل منطقی و مراحل تغییر می‌باشد. این بررسی درصدد تبیین عوامل مؤثر بر مصرف ماهی بر اساس مدل‌ها و الگوهای رایج در آموزش بهداشت است.

واژه‌های کلیدی: مصرف ماهی، مدل‌های آموزش بهداشت، رفتار تغذیه‌ای، نگرش، هنجار انتزاعی

نوع مقاله: *مروری*

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱۱ *پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۱۳*

مقدمه

ماهی‌ها یکی از سالم‌ترین انواع غذاها هستند که می‌توانند بخش مهمی از برنامه غذایی را تشکیل دهند (۱). مصرف ماهی برای سلامتی فواید قابل توجهی دارد (۲). مصرف ماهی برای زنان در سن باروری، زنان شیرده و زنان حامله به علت داشتن Docosahexaenoic acid (DHA) و اسید چرب امگا ۳ بسیار مهم است؛ چرا که علاوه بر تأمین نیازهای غذایی خودشان بر سلامت شیرخواران نیز اثرگذار است و امگا ۳ برای رشد مغز نوزادان حیاتی است (۳).

امگا ۳ موجود در ماهی به کاهش فشار خون کمک می‌کند، ضربان قلب را پایین می‌آورد، در کاهش سکته مغزی مؤثر است و به پیشگیری از دمانس مغزی و کاهش افسردگی

۱- عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مشهد و دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم و دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: azadbakht@hlth.mui.ac.ir

کمک می‌نماید (۳). سرانه مصرف ماهی در ایران سالیانه بین ۹-۷/۵ کیلوگرم براورد شده است. سازمان شیلات ایران نیز مصرف آبزیان را در سال ۱۳۸۵ حدود ۷ کیلوگرم اعلام نموده است (۵، ۴). مطالعه‌های متعدد نشان دادند که رژیم غذایی ۷۳ درصد از ایرانیان نیاز به اصلاح و تغییر دارد (۶). همچنین پژوهش‌های انجام یافته نشان دادند که وضعیت تغذیه‌ای در زنان ایرانی در شرایط مطلوبی قرار ندارد (۷). رفتارهای نامناسب تغذیه‌ای در قاره آسیا از شیوعی معادل۷۰ درصد برخوردار است و بی‌کفایتی تغذیه‌ای در ایران تقریبا به ۷۳ درصد می‌رسد (۱۰-۸).

تغییر سبک زندگی و افزایش شهرنشینی در کشور فراوانی بیماری‌ها را به سوی بیماری مزمن تغییر داده است (۱۱). از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری رفتارها و الگوهای غذایی جامعه، مجموعه عادات و فرهنگ غذایی است. زنان مهم‌ترین نقش را در تهیه غذای خانواده دارند که متأسفانه از رفتار تغذیه‌ای مناسب پیروی نمی‌کنند. گواه این ادعا، شیوع چاقی بالا و به دنبال آن سندرم متابولیک به میزان ۴۲ درصد در آنان می‌باشد (۱۲). اصلاح این رفتار فواید چندگانه به دنبال دارد که سلامت زنان و اصلاح سفره خانواده از پیامدهای آن خواهد بود.

رفتار تغذیه‌ای از جمله مباحث مرتبط با سلامت است که چند علیتی است و تأثیر مهمی بر سلامت دارد (۱۳). Contento به مرور تحقیق‌های آموزش تغذیه در مجله آموزش تغذیه و رفتار در طی سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ پرداخت و این دهه را دهه پیشرفت آموزش به دلیل استفاده از تئوری و مدل در برنامه‌های آموزش تغذیه‌ای معرفی کرد. وی با اشاره به مطالعه‌های آموزش تغذیه بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، تئوری شناختی، تئوری مراحل تغییر، تئوری خودکارامدی و مدل‌های اکولوژیکال، موضوعات مختلف مرتبط با تغذیه را مورد بررسی قرار داد. وی پرداختن به تئوری‌های درون فردی، بین فردی، سازمانی و اجتماعی را جهت آموزش تغذیه مهم دانست (۱۴).

برخی از عوامل اثرگذار بر رفتار تغذیه‌ای و مصرف ماهی شامل نگرش نسبت به غذا و ماهی، فواید و موانع، بو و مزه، هنجارهای اجتماعی به ویژه خانواده، قصد، مهارت و توانایی درک‌شده در انتخاب و آماده‌سازی، قیمت و ترس از استخوان‌های ریز ماهی می‌باشند. در آموزش‌ها ارایه شده تأثیر مثبت برخی از این عوامل به تنهایی در ارتقای و اصلاح رفتار محرز گردید (۱۶، ۱۵).

نظر به پیچیده بودن رفتار تغذیه‌ای سالم، نگرانی در ایجاد، حفظ و ارتقای این رفتار بایستی از الگوها، تئوری و مدل‌های علمی متناسب استفاده گردد. الگوهایی برای توضیح رفتار انسانی طراحی گردیدند که رفتار بهداشتی و تغییر رفتار را با تأکید بر ویژگی‌های فردی توضیح می‌دهند. از جمله این موارد می‌توان به الگوی اعتقاد بهداشتی، تئوری‌های عمل منطقی، مراحل تغییر، یادگیری اجتماعی (۱۷) و تئوری رفتار برنامه‌ریزی (۱۸) اشاره کرد. به نظر می‌رسد که این الگوها در حفظ و ارتقای رفتار تغذیه‌ای سالم اثرگذار باشند.

الگوی اعتقاد بهداشتی (Health belief model، HBM) در زمره اولین تئوری‌هایی است که عوامل فردی را در بروز رفتار مهم می‌داند. HBM بر مبنای ساختارهای حساسیت درک‌شده، منافع درک‌شده و هزینه‌های درک‌شده، راهنماهایی برای عمل و خودکفایتی به پیش‌بینی یک رفتار می‌پردازد. تئوری یادگیری اجتماعی به تقلید و برداشت انسان‌ها از محیط پیرامون و تأثیر بیرون بر درون می‌پردازد و به سازه‌های نظیر دانش، انتظارات و ارزش‌های پیامد ناشی از رفتار و خودکفایتی می‌پردازد.

تئوری مراحل تغییر (مدل فرانظری TTM، Trans-theoretical model) به مراحلی مانند پیش تعمق، تعمق، آمادگی، عمل و نگهداری تأکید دارد. از این تئوری در ساختارهای آگاهی و خود ارزشیابی استفاده می‌شود. تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده ادعا می‌کنند که می‌توان رفتار را به وسیله قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک‌شده پیش‌بینی کرد. بنابراین قصد رفتاری شخص بستگی به نگرش او به انجام رفتار، نرم‌های انتزاعی و کنترل درک‌شده از رفتار دارد (۲۰، ۱۹).

در زمینه عوامل مؤثر بر مصرف ماهی تا کنون مقاله

www.mui.ac.ir

مروری که جمع‌بندی نتایج مطالعه‌های مختلف را بیان کند، به چاپ نرسیده است. در این مقاله به مرور عوامل مؤثر بر مصرف ماهی بر اساس سازه‌های مدل‌های آموزش سلامت پرداخته شده است. در جدول ۱ به برخی از عوامل مؤثر بر مصرف ماهی در مناطق و ملل مختلف جهان بر اساس سازه‌های الگوهای سلامت اشاره شده است.

روش‌ها

هدف این مطالعه مروری سیستماتیک، تعیین عوامل مؤثر بر مصرف ماهی بر اساس سازه‌های مدل‌های آموزش سلامت بود که با فرضیه یکسان نبودن عوامل مؤثر بر مصرف ماهی در جوامع انسانی صورت گرفت. سؤال‌های پژوهش شامل الف) مهم‌ترین عوامل مؤثر در هر جامعه مربوط به کدام سازه است؟ و ب) ارتباط بین سازه‌ها و مصرف ماهی چگونه است؟ بود. مقاله‌ها و داده‌ها با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی و موتورهای جستجوی علمی نظیر PubMed، ProQuest و Elsevier و کلید واژه‌هایی همچون Fish consumption، Sea food consumption، Attitude، Subjective norms، Barrier و Culture جمع‌آوری شد.

مقاله‌ها با عناوین سازه‌های مدل‌های آموزشی و مصرف ماهی جستجو و مرور گردید. معیار ورود مقاله‌ها به بررسی عبارت از سال انتشار (حداکثر ۱۵ سال قبل)، سن نمونه‌ها تا ۶۵ سال و سنجش سازه‌ها یا مداخله آموزشی بود. مقاله‌ها با طراحی‌های کمی و کیفی انتخاب شد. برای منابع فارسی از بانک‌های اطلاعاتی IRANMEDEX، MAGIRAN، MEDLIB، مرکز اسناد ملی ایران و SID استفاده شد. برای استخراج داده‌ها و نتایج از شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد. مطالعه‌های مختلف در خصوص موارد بررسی شده منطبق با سازه‌های مدل‌ها و الگوهای آموزش سلامت در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

ارتباط خودکارامدی و توانایی با مصرف ماهی

Bruns و همکاران در یک تحقیق کیفی با عنوان «انگیزه‌ها، موانع و توانایی انتخاب ماهی با کیفیت» به بررسی و مقایسه افراد پر مصرف و کم مصرف ماهی پرداختند. هدف مطالعه بررسی توانمندی، انگیزه‌ها و موانع و تفاوت‌های فرهنگی بین افرادی که ماهی زیاد مصرف می‌کردند و آن‌هایی که کم‌تر ماهی مصرف می‌کردند، بود. داده‌ها از طریق بحث‌های گروهی از کشورهای اسپانیا و بلژیک جمع‌آوری شد. در هر کشور سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند که یک گروه مصرف‌کنندگان بالا و دو گروه دیگر مصرف‌کنندگان پایین ماهی تشکیل می‌دادند.

با وجودی که مصرف ماهی بین گروه‌ها متفاوت بود، ولی دلایل مصرف مربوط به خواص سلامتی و مزه آن بود. موانع عبارت از قیمت، بوی ماهی و این که ماهی مثل گوشت احساس سیری ایجاد نمی‌کند، بود. تفاوت عمده بین کشورها و گروه‌ها مربوط به مهارت‌های آماده‌سازی، آشپزی آن و توانایی در انتخاب ماهی با کیفیت بود. مصرف‌کنندگان بالا به ویژه در اسپانیا توانایی و مهارت خوبی در انتخاب ماهی با کیفیت داشتند؛ در صورتی که مصرف‌کنندگان پایین به ویژه در بلژیک توانایی انتخاب ماهی با کیفیت را نداشتند (۱۶).

Pawlak و Colby در پژوهشی با عنوان «منافع، موانع و خودکارامدی درک‌شده و آگاهی از غذاهای سالم» که روی ۵۷ امریکایی افریقایی‌تبار انجام داد، نقش و تأثیر بالای خودکارامدی را در مورد خرید و خوردن غذای سالم نشان داد. در این پژوهش متوسط سن ۵۰ سال بود که ۵۸/۱ درصد آن‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. ۷۵ درصد آن‌ها سابقه تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۹۶ درصد افراد چاق یا اضافه وزن داشتند. نمرات مربوط به منافع بالاتر از موانع بود؛ به طوری که کم‌ترین میانگین نمره منافع از بالاترین نمره مربوط به موانع بالاتر بود (۴/۲ در مقابل ۳/۶۸). به عنوان نمونه «غذای سالم به مراقبت از بدن من کمک خواهد کرد» نمره ۴/۷۹ به دست آورد، ولی سؤال «غذای سالم بیش از حد گران است» ۳/۶۸ را کسب کرد که آن هم بالاترین نمره مربوط به موانع است.

افراد از نقش غذا در پیشگیری از بیماری‌ها آگاه بودند، ولی از توصیه‌های مربوط به مصرف میوه و سبزی آگاهی

www.mui.ac.ir

کمی داشتند. بالاترین نمرات مربوط به منافع، خودکارامدی درک‌شده و آگاهی بود. البته این به معنی دریافت غذای سالم نیست. اغلب شرکت‌کنندگان معتقد بودند که به اندازه کافی غذای سالم نمی‌خورند (۲۱).

جدول ۱: مطالعه‌های انجام شده منطبق با سازه‌های مدل‌ها و الگوهای آموزش سلامت در مصرف ماهی

مأخذ و نویسنده	نوع مطالعه	نمونه‌های مطالعه	موارد بررسی شده منطبق با سازه‌های مدل‌ها و الگوهای بین فردی
Petrenya و همکاران (۵۴)	مقطعی	۱۶۶ نمونه شهری و ۱۳۴ نمونه روستایی	درامد، شغل، سواد، بعد خانوار، فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی
Rortveit و Olsen (۴۱)	مقطعی	۱۱۰۰ نفر	دانش و نگرش
Rortveit و Olsen (۳۸)	مقطعی	۱۶۳۰ نفر	نگرش، باور درک‌شده و ارزشیابی نتیجه
Pawlak و Colby (۲۱)	مقطعی	۵۷ نفر امریکایی افریقایی‌تبار	منافع، موانع، خودکفایتی، باورها و علاقه بچه‌ها
Bose و Brown (۶۱)	مقطعی	۱۰۰ خانوار	موانع، باور، کیفیت، مزه، ارزش غذایی، آسانی تهیه، قیمت و دلایل بهداشتی
Tuu و همکاران (۱۵)	مقطعی	۶۱۲ نفر که ۳۵۲ نفر از شهر Hochi و ۲۶۰ نفر از شهر Nhatrang انتخاب شده بودند	اجزای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده
Trondsen و همکاران (۱)	مقطعی	۴۹۰۷ نفر زن ۴۵ تا ۶۹ ساله	موانع درک‌شده، موقعیت اجتماعی اقتصادی و درامد
Verbeke و Vackier (۲)	مقطعی	۴۲۹ نفر	آگاهی‌های بهداشتی، عادات غذایی، قیمت، قصد تحصیلات، جنس، سن و (درامد عوامل شخصی و اجتماعی)
Spinks و Bose (۲۸)	مقطعی	۵۰۰ پرسش‌نامه که ۶۰ درصد آن‌ها تکمیل و به پژوهشگر رسیده است	باور، نگرش، عوامل شخصی و اجتماعی، کیفیت، مزه، در دسترس بودن، ارزش غذایی و پخت آسان
Bruns و همکاران (۱۶)	تحقیق کیفی	داده‌های کیفی از طریق شش بحث گروهی متمرکز، سه نفر در اسپانیا و سه نفر در بلژیک جمع‌آوری شد	مزه، قیمت، بو، موانع، منافع و توانایی ارزیابی در انتخاب ماهی
Verbeke و همکاران (۸)	مقطعی	۵۸۰ زن ۲۰ تا ۵۰ سال	نگرش، آگاهی، فواید، ارزش غذایی، مزه، عدم مهارت در خرید ماهی و موضوعات اخلاقی
صالحی و مختاری (۴)	مقطعی	۱۴۴ نفر از متخصصین تغذیه	نگرش، عادات و رسوم غذایی، خصوصیات فردی، موانع ونقش تبلیغات
Olsen و همکاران (۲۷)	توصیفی فرهنگی	۴۷۸۶ نفر ۱۱۱۰ نفر از دانمارک، ۱۰۱۵ نفر از لهستان، ۸۵۲ نفر از بلژیک، ۱۰۰۰ نفر از اسپانیا و ۸۰۹ نفر از هلند	نگرش، تسهیل‌سازی برای مصرف و برنامه‌ریزی برای تهیه، پخت و زمان
عادلی و همکاران (۲۹)	توصیفی-تحلیلی	۲۹۵ خانوار	کیفیت ماهی، مزه، بو و داشتن پروتئین بالا

www.mui.ac.ir

تصور فرد از توانایی انجام کار و کنترل رفتاری درک‌شده از عوامل مهم در ایجاد قصد برای انجام یک رفتار است. حسین‌نژاد و همکاران، مطالعه‌ای با عنوان «نقش خودکارامدی در پیش‌بینی رفتارهای غذایی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمان» روی ۸۱۲ دانش‌آموز دختر دبیرستانی انجام دادند. آن‌ها مشخص کردند که ارتباط معنی‌دار و مثبتی بین میانگین نمره غذایی و خودکارامدی وجود دارد. نتایج این مطالعه، نقش پیش‌بینی کننده مفهوم خودکارامدی را برای رفتار غذایی تأیید کرد (۲۲).

حاجی کاظمی و همکاران در پژوهشی با عنوان «آگاهی زنان از روش‌های پخت مواد غذایی در منزل» نشان دادند که ۵۶ درصد زنان از روش‌های طبخ ماهی مطلع نیستند. پژوهشگران پیشنهاد کردند با توجه به اطلاعات کم زنان در زمینه پخت ماهی و سبزیجات، بایستی از روش مؤثر جهت افزایش مهارت، آگاهی و اصلاح عقاید نادرست و باورهای غلط زنان استفاده کرد (۲۳).

Folta و همکاران در بررسی عوامل مرتبط با کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی در زنان میانسال و مسن نشان دادند که موانع اصلی و مشترک در تهیه غذای سالم، وقت و تهیه مواد اولیه غذایی بود. آن‌ها نشان دادند که باید به زنان مهارت آماده‌سازی غذا آموزش داده شود. یکی از موانع اصلی تغذیه سالم و مصرف ماهی در شهر کانزاس مشکل دسترسی به ماهی بود. در این شهر بزرگ فقط یک مغازه ماهی تازه وجود داشت؛ در صورتی که در شهر دیگر «آرکانزاس» ماهی تازه همه روزه به راحتی در دسترس بود (۲۴). آن‌ها ابراز داشتند که باید به آن‌ها مهارت‌آموزی شود و مداخله عملی در مورد تعامل اجتماعی، نحوه آماده‌سازی غذای مناسب، محل پیاده‌روی امن و زیبا و امکان فعالیت‌های نظیر حرکات موزون باید صورت پذیرد (۲۴).

نتایج مطالعه‌ای نشان داد که خود اثربخشی تغذیه‌ای فرد با تلقین وی در مورد توانایی خود در بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و پیروی از رفتارهای غذایی سالم، عوامل مهمی در پیشگویی رفتارهای تغذیه‌ای وی محسوب می‌شود. همچنین رابطه مثبت و معنی‌دار بین خود اثربخشی تغذیه‌ای با رفتارهای کنترل وزن و انتخاب‌های غذایی مشاهده شد (۲۵). در مطالعه‌ای با عنوان «رفتار تغذیه دانشجویان بر پایه نظریه مراجع محور کارل راجرز»، میزان ارتباط بین پنداره از خویشتن و تأمین سلامتی ۳۷ درصد و ارتباط درک و تأمین سلامتی با رفتار تغذیه برابر ۹۰ درصد بود (۲۶)

Olsen و همکاران در پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین سهولت و مصرف ماهی» به توضیح تفاوت‌های فرهنگی در راحتی دستیابی به ماهی و ارتباط آن با نگرش به مصرف آن در ۵ کشور اروپایی پرداختند. در این بررسی ۴۷۸۶ نفر شرکت داشتند که ۱۱۱۰ نفر از دانمارک، ۱۰۱۵ نفر از لهستان، ۸۵۲ نفر از بلژیک، ۱۰۰۰ نفر از اسپانیا و ۸۰۹ نفر از هلند به طور تصادفی انتخاب شدند. از هر خانوار، فرد مسؤول خرید یا پخت غذا مورد سؤال قرار گرفت که ۷۷ درصد نمونه‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. سن، تحصیلات، مشخصات اجتماعی و دموگرافیک و نیز وسعت شهر جزء متغیرها بود. تمایل به سهولت در استفاده از ماهی در اسپانیا و لهستان مهم‌ترین عامل بود و در هلند و دانمارک کم‌ترین تأثیر را داشت (۲۷).

Spinks و Bose در پژوهشی با عنوان «فاکتورهای مؤثر در تهیه غذاهای دریایی در خانوارهای اهل اکلند نیوزیلند» نشان دادند که کیفیت، سهولت در پخت، قیمت و فواید مرتبط با سلامت بیشترین تأثیر را بر مصرف غذاهای دریایی داشتند (۲۸). عادلی و همکاران پژوهشی با عنوان «شناسایی عوامل اصلی مؤثر در گرایش مصرف‌کنندگان خانگی به ماهیان پرورشی در تهران» روی ۲۹۵ خانواده تهرانی انجام دادند. آن‌ها نشان دادند که کیفیت، مزه، بو و منبع پروتئینی اصلی‌ترین عوامل خرید و مصرف ماهی در خانوارهای تهرانی هستند (۲۹).

ارتباط هنجارهای انتزاعی با مصرف ماهی

Tuu و همکاران در پژوهشی با عنوان «نقش هنجارها در تبیین نگرش و قصد در مصرف ماهی در ویتنام» با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در مصرف ماهی به بررسی نقش هنجارها در قصد مصرف ماهی پرداختند. همچنین نقش عواملی نظیر نگرش، هنجارهای اجتماعی، کنترل رفتارهای درک‌شده و هنجارهای انتزاعی تعیین نمودند که بر مصرف

www.mui.ac.ir

ماهی اثر می‌گذارند. آن‌ها ۶۱۲ مصرف‌کننده ماهی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که نگرش، هنجارهای اجتماعی، نرم انتزاعی و کنترل رفتاری درک‌شده، اثرات مثبت قابل توجهی بر قصد رفتار داشتند. در نهایت قصد و کنترل رفتار درک‌شده با دفعات مصرف ماهی ارتباط بسیار بالایی را نشان داد. نمونه‌های پژوهش افرادی بودند که مسؤول خرید مواد غذایی و یا مسؤول پخت و پز در منزل بودند. ۵۹/۳ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دادند که میانگین سنی آن‌ها ۳۲ سال بود. میانگین نگرش نسبت به مصرف ماهی ۵/۱۸، نرم‌های اجتماعی ۵/۰۶، کنترل رفتاری درک‌شده ۴/۶۷، قصد ۳/۹۲ و احتمال تکرار مصرف ماهی ۵/۲۳ بود. با توجه به این که مقیاس نمرات از ۱تا ۷ بود، این اعداد بیانگر تأثیر هر کدام از سازه‌های این تئوری در مصرف ماهی است. نگرش بسیار مثبت و نرم‌های اجتماعی حمایت‌کننده بیشترین تأثیر را بر قصد افراد داشتند (۱۵).

Story و Stang در مطالعه خود نشان دادند که هنجارهای اجتماعی فرهنگی به ویژه خانواده و دوستان، تبلیغات رسانه‌ای و الگوهای غذایی خانواده و عوامل فردی مانند نگرش، عقاید، تمایلات و دسترسی به منابع غذایی، بر الگوهای غذایی و رفتار تغذیه‌ای تأثیر می‌گذارد (۳۰). هنجارهای انتزاعی و درک فشار اجتماعی در مصرف ماهی مؤثر هستند. هنجارهای انتزاعی شامل نرم اجتماعی، التزام به مصرف سلامت و ترویج و تبلیغ محصولات تجاری و غیر تجاری می‌باشند (۳۱). آموزش هنجارهای انتزاعی مؤثر مانند خانواده، دوستان، همسالان (۳۲) و یا معلمان و دختران خانواده (۳۳)، سبب افزایش مشارکت در روند تغییر رفتار افراد می‌شود (۳۴).

فشار از سوی اعضای خانواده برای خرید ماهی در قالب فشارهای اجتماعی طبقه‌بندی شده است. هنگامی که یک یا چند عضو خانواده ماهی دوست ندارند، در مصرف ماهی نقش عمده‌ای را ایفا می‌کنند. مطالعه‌ای نشان داد که به خصوص کودکان و نوجوانان در مصرف خانگی ماهی مؤثرند (۲). اعتقاد و التزام به خوردن ماهی ممکن است منجر به بحث‌های خانوادگی شود. به خصوص هنگامی که برخی از اعضای خانواده، ماهی را دوست نداشته باشند. Verbeke و Vackier توضیح داد که حتی اگر زنان خانه‌دار در مورد تهیه یک غذای سالم و مغذی احساس مسؤولیت نمایند، ممکن است به علت فشار اجتماعی در انجام این امر دچار مشکل شوند.

Verbeke و Vackier در مطالعه مصرف ماهی در بلژیک نشان دادند که هنجارهای اجتماعی و التزام به مصرف همبستگی مثبت دارند (۲). صالحی و مختاری روی ۱۴۴ نفر از متخصصین تغذیه در ایران به بررسی گرایش آنان به مصرف ماهی پرداختند. آن‌ها نشان دادند که ۸۴ درصد جامعه پژوهش به تأثیر زیاد فرهنگ بر مصرف ماهی معتقدند (۴). مطالعه‌های متعدد نشان دادند که انتظارات خانواده به اندازه نگرش و مزه در مصرف غذاهای دریایی نقش دارند (۲).

ارتباط نگرش با مصرف ماهی

یکی از عواملی که بر مصرف ماهی اثرگذار است، نگرش نسبت به مصرف ماهی است. نگرش به این که مردم خوردن ماهی را دوست دارند یا خیر و از خوردن ماهی احساس رضایت و لذت می‌کنند یا خیر، اشاره می‌کند. با وجود تمامی تلاش‌هایی که در سوئد صورت گرفت، جوانان در مورد مصرف ماهی نگرش منفی دارند. با وجود این که ماهی می‌تواند منبع غذایی خوبی در آینده باشد، ولی بچه‌های مدرسه‌ای در کشور سوئد کم‌ترین میزان مصرف ماهی را دارند (۳۵).

نگرش مثبت به ماهی به درک مطلوب مصرف‌کنندگان از مصرف ماهی اشاره می‌کند. هنجارهای ذهنی، احساس خوب و نگرش مثبت همراه با اعتقادات رفتاری، به مصرف ماهی منجر می‌شود. تحقیق‌های زیادی در مورد ارتباط مصرف ماهی با نگرش در اروپا انجام شده است (۳۷، ۳۶). مطالعه‌ها نشان دادند که مصرف ماهی با نگرش و تمایل به یک رژیم غذایی متنوع همراه است (۳۸). اعتقاد به خواص درمانی ماهی و میل به یک رژیم غذایی متنوع، کلید اساسی در مصرف ماهی است (۳۹).

Rortveit و Olsen در مطالعه‌ای با عنوان «نقش ترکیبی نگرش و سهولت دسترسی در تبیین مصرف ماهی در نروژ» به بررسی تأثیر اقدامات تبلیغی برای جلب توجه مردم به همراه راحتی در دستیابی به ماهی پرداختند. آن‌ها روی ۱۶۳۰ نفر از مردم نروژ مطالعه کردند و نشان دادند که نگرش

www.mui.ac.ir

نسبت به ماهی تأثیر شگرفی بر میزان مصرف دارد. دستیابی دشوار نیز یک متغیر کلیدی بود که تأثیر قابل توجهی در نگرش و تعداد دفعات مصرف داشت. نارضایتی و ناراحتی از محصول نیز روی حجم و دفعات مصرف تأثیر منفی گذاشت. آن‌ها در این بررسی تأکید کردند که صنعت غذاهای دریایی برای توسعه و موفقیت نیاز به تغییر باورهای مردم در مورد ماهی دارد تا آن‌ها ماهی را به عنوان یک محصول ناجور تلقی نکنند (۳۸).

نگرش در مورد فواید مصرف ماهی نظیر کاهش خطر بیماری قلبی و سرطان، بهبود تراکم استخوان، افزایش حافظه و عمر طولانی جزء عوامل اثرگذار بر مصرف ماهی است (۳۹). Rortveit در رساله دکتری خود با عنوان «عوامل مؤثر در مصرف ماهی‌ها و نقش نگرش، دانش و راحتی» نشان داد که تصمیم‌گیری برای مصرف از متغیرهایی نظیر نگرش، دانش، موانع و منافع درک‌شده تأثیر می‌پذیرد. همچنین این مطالعه نشان داد که چگونه فاکتورهای موقعیتی نظیر در دسترس بودن، تنوع، ثبات در وجود ماهی در بازار و سهولت در تهیه آن روی پیش‌نیازهای تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد (۴۰).

ارتباط آگاهی و تحصیلات با مصرف ماهی

Rortveit و Olsen، مطالعه‌ای با عنوان «دانش و اعتقادات مرتبط با سلامت مصرف‌کنندگان عامل تعیین‌کننده در مصرف ماهی» روی ۱۱۰۰ نفر از مصرف‌کنندگان ماهی در دانمارک انجام دادند. آن‌ها با استفاده از مدل Lisrel نشان دادند که آگاهی بیشتر از نگرش در مصرف ماهی مؤثر است (۴۱). Mitchel و Lerner آگاهی تغذیه‌ای زنان باردار طبقه متوسط را در حد ضعیف برآورد کردند (۴۲). در مطالعه سجادی و همکاران ارتباط بین سطح آگاهی‌های تغذیه‌ای با تحصیلات زنان معنی‌دار بود (۴۳).

خاجوی و همکاران نیز در تهران گزارش کردند که ۶۰ درصد زنان مورد بررسی نسبت به تغذیه دوران بارداری از آگاهی پایین و فقط ۱۰/۵ درصد آنان از آگاهی خوب برخوردار بودند (۴۴). با این وجود، مطالعه Kozlowska و Wujec نشان داد که اکثریت زنان آگاهی تأثیرگذار روی رژیم غذایی معمول دارند (۴۵). در مطالعه رشیدخانی و همکاران بین سطح تحصیلات و الگوی غذایی ناسالم رابطه معکوس مشاهده شد (۴۶). مطالعه‌هایی گزارش کردند که افراد با تحصیلات بالاتر، معمولاً عادات غذایی سالم‌تری نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر دارند (۴۷، ۲۳).

Anderson و همکاران نشان دادند که آن دسته از زنانی که آگاهی بیشتری در مورد تغذیه در دوران بارداری داشتند، از تحصیلات بالاتر برخوردار بودند (۴۸). Yang و همکاران نشان دادند که الگوی غذایی «میوه و سبزی» با سطح تحصیلات در زنان کره‌ای ساکن امریکا به طور مثبت مرتبط است (۴۹). در مطالعه‌ای روی زنان و مردان ایتالیایی، افراد با تحصیلات بالاتر به الگوی غذایی سالم بالاترین امتیاز را دادند (۵۰).

مطالعه Park و همکاران نشان دادند که الگوی غذایی سبزی‌ها، میوه و شیر با سطح تحصیلات بالاتر ارتباط مثبت دارد (۵۱). رشیدخانی و همکاران در بررسی با عنوان «رابطه الگوهای غذایی غالب با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی در زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله» نشان دادند که تحصیلات دانشگاهی خانوار با الگوی غذایی ناسالم رابطه منفی دارد (۴۶). در زنان اسپانیایی ساکن امریکا نیز الگوی نامناسب (برنج که غنی از غلات تصفیه شده بود) با تحصیلات پایین مرتبط بود (۵۲). اضافه وزن در زنان با افزایش سطح تحصیلات کاهش و با تأهل، شهری بودن، بالارفتن امکانات و تسهیلات زندگی و ملکی بودن واحد مسکونی افزایش می‌یافت (۵۳).

ارتباط عوامل اقتصادی با میزان مصرف ماهی

مطالعه Petrenya و همکاران با عنوان «مصرف ماهی و ارتباط آن با عوامل اقتصادی و اجتماعی» در میان ساکنین شهر Arkhangelesh و منطقه روستایی Nents در کشور روسیه صورت گرفت. آن‌ها نقش درامد و شغل دایمی را بر مصرف ماهی ثابت کردند. این مطالعه با هدف بررسی فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی در ۲ جامعه اروپایی واقع در شمال روسیه انجام شد. در این پژوهش ۱۶۶ نفر از منطقه شهری و ۱۳۴ نفر از منطقه روستایی انتخاب شدند که به ترتیب ۸۳/۱ و ۸۰/۶ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دادند.

www.mui.ac.ir

جوامع مورد مطالعه از لحاظ مشخصات اقتصادی، اجتماعی با هم متفاوت بودند. افراد منطقه روستایی دارای سطح سواد پایین، شغل تمام وقت کم‌تر، درامد ماهیانه پایین و تعداد فرزندان زیاد بودند. میانگین مصرف ماهی در آن‌ها روزانه ۲۷/۱ گرم برای هر نفر بود؛ در صورتی که این رقم در منطقه شهری ۴۸/۸ گرم برای هر نفر بود. نوع ماهی‌های مصرف شده توسط روستاییان با شهرنشینان متفاوت بود. میزان مصرف ماهی با درامد ماهیانه ارتباط مثبت داشت و دفعات ماهیگیری روستاییان میزان مصرف ماهی در آن‌ها را تعیین می‌کرد (۵۴).

میزان درامد کل خانوار و میزان مخارج، شغل، بعد خانواده، محل سکونت، وضعیت تملک منزل مسکونی، درصد هزینه‌های خوراک از میزان مخارج «ضریب انگل» و زیربنای واحد مسکونی از جمله عواملی هستند که می‌توانند با وضعیت و الگوی تغذیه درگ زنان ارتباط آماری داشته باشند (۴۶). میزان درامد با رفتار تغذیه‌ای و الگوی تغذیه می‌تواند مرتبط باشد. مطالعه‌ای در امریکا نشان داد که رژیم‌های با کیفیت خوب با درامد بیشتر و رژیم‌های فقیر با درامد پایین مرتبط هستند (۵۵). رابطه معکوس بین درامد کل خانوار و الگوی غذایی ناسالم در مطالعه Lin و همکاران به دست آمد (۵۶).

Johansson و همکاران در مطالعه با عنوان «ارتباط بین عادات غذایی سالم با عوامل اجتماعی و فاکتورهای سبک زندگی» نیز رابطه بین مصرف مواد غذایی مناسب با درامد را تأیید کردند (۵۷). رشیدخانی و همکاران نیز نشان دادند که مصرف گروه‌های سبزی، میوه و لبنیات با درامد سرانه همبستگی معنی‌دار دارد (۴۶)، هرچند که یافته‌های سجادی و همکاران در مطالعه «ارزیابی میزان آگاهی‌های تغذیه‌ای زنان باردار با درامد ماهیانه»، ارتباط بین درامد و آگاهی‌های تغذیه‌ای مغایرت داشت. در این مطالعه بین درامد ماهیانه و آگاهی‌های تغذیه‌ای همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (۴۳). وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی در تعیین نوع الگوی غذایی زنان نقش عمده‌ای ایفا می‌کند (۴۶). افراد با وضعیت اقتصادی- اجتماعی بالا انعطاف‌پذیری بیشتری در انتخاب‌های غذایی خود در مقایسه با افراد با وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر از خود نشان می‌دهند. افراد طبقات پایین اقتصادی- اجتماعی انتخاب‌های محدودتری دارند (۵۹، ۵۸).

بحث

نقاط قوت اکثر مطالعه‌های بحث شده، پرداختن به موارد و عوامل اثرگذار بر رفتار مصرف ماهی است. در فعالیت‌های آموزش سلامت، تأکید بر یافتن مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار بر اساس مدل‌ها و تئوری‌های موجود است که شاید جزء اولین وظایف متخصصین این رشته محسوب می‌شود. با این وجود غافل شدن از عوامل مؤثر در ارتقای سلامت جزء بزرگ‌ترین غفلت‌های رایج در برنامه‌های آموزشی به شمار می‌رود. عوامل اجتماعی اثرگذار بر رفتار که اغلب از حیطه اختیارات سیستم‌های بهداشتی خارج است، بیش از عوامل آموزشی در بروز و تثبیت رفتار نقش دارند.

نقاط ضعف مشهود در اکثر این مطالعه‌ها، عدم بررسی ضریب وزنی و میزان اثر هر یک از موارد در بروز رفتار می‌باشد. همچنین عدم استفاده از الگو یا مدل مناسب در این بررسی‌ها، از ضعف‌های این پژوهش‌ها محسوب می‌شود. در اکثر مطالعه‌ها به متغیرهای پنهان یا خاصیت شدت‌افزایی دو یا چند متغیر با هم پرداخته نشده است.

مطالعه‌ها نشان دادند که برخی از عوامل اثرگذار بر رفتار تغذیه‌ای و مصرف ماهی شامل نگرش نسبت به غذا و ماهی، بو و مزه، هنجارهای اجتماعی به ویژه خانواده، قصد، مهارت و توانایی درک‌شده در انتخاب و آماده‌سازی، قیمت و ترس از استخوان‌های ریز ماهی هستند که در آموزش‌های ارایه شده تأثیر مثبت برخی از این عوامل به تنهایی در ارتقا و اصلاح رفتار محرز گردید. O'dea در پژوهش خود نشان داد که یکی از موانع پذیرش غذای سالم، مزه آن است (۶۰). همچنین Story و Stang در مطالعه خود گزارش کردند که یکی از عوامل بسیار مهم برای انتخاب غذا به عنوان یک اولویت، طعم و مزه آن است (۳۰).

Spinks و Bose در پژوهشی با عنوان «فاکتورهای مؤثر بر خرید غذاهای دریایی در خانوارهای اهل اکلند نیوزیلند» نشان دادند که کیفیت، سهولت در پخت، قیمت و فواید مرتبط با سلامت بیشترین تأثیر را بر مصرف غذاهای دریایی

www.mui.ac.ir

دارند. در این بررسی ۵۰۰ پرسش‌نامه به طور تصادفی توزیع گردید. داده‌ها با مراجعه به درب منازل جمع‌آوری گردید که ۶۰ درصد پرسش‌نامه‌ها دریافت شد (۲۸).

پرسش‌نامه مشتمل بر دو قسمت بود. یک قسمت مربوط به نگرش، باورهای مرتبط با قصد و تصمیم در مورد خرید ماهی و عوامل مؤثر بر آن نظیر کیفیت، قیمت، مزه، فواید مرتبط با سلامت، سهولت در دسترسی و پخت، ارزش غذایی و عوامل مذهبی و فرهنگی و همچنین انواع و اشکال ارایه ماهی به بازار (کنسرو، ماهی تازه و یخ زده) بود. قسمت دوم پرسش‌نامه مربوط به مشخصات اجتماعی- اقتصادی بود. این پژوهش مشخص کرد که بیشترین تأثیر مربوط به کیفیت، سهولت در پخت، قیمت و فواید مرتبط با آن است (۶۱).

عواملی همچون منافع درک‌شده، قیمت ماهی، دشواری ناشی از تهیه و مصرف ماهی، خطرات مصرف و ارزیابی درونی و بیرونی ناشی از مصرف ماهی، نگرش فرد را تعیین و مشخص می‌کند (۳۹). اعتقاد به مصرف، یک احساس شخصی و عاملی قوی است که یک رفتار نظیر مصرف ماهی را سازماندهی می‌کند (۶۲). نگرش، آگاهی و سهولت تهیه از مواردی مهمی هستند که در تصمیم برای انتخاب غذا مؤثرند. تصمیم‌گیری برای مصرف از متغیرهایی نظیر نگرش، دانش، موانع و منافع درک‌شده تأثیر می‌پذیرد. فاکتورهای موقعیتی نظیر در دسترس بودن، تنوع، ثبات در وجود ماهی در بازار و سهولت در تهیه روی پیش‌نیازهای تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد (۴۰).

با توجه به فواید ماهی، بسیاری از مردم خودشان را نسبت به مصرف آن ملتزم می‌نمایند، چون برای سلامتی خود مفید و لازم می‌دانند (۲). دسترسی، درک مناسب، تنوع و احساس رضایت و راحتی، در تصمیم‌گیری برای مصرف غذاهای دریایی نقش میانجیگری دارند و جزء عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری و قصد محسوب می‌شوند (۶۳). تحصیلات دانشگاهی، میزان درامد کل خانوار و میزان مخارج، شغل، سن، بعد خانواده، قومیت، مدت اقامت در یک منطقه خاص، محل سکونت، وضعیت تملک منزل مسکونی، درصد هزینه‌های خوراک از میزان مخارج و زیربنای واحد مسکونی از جمله عواملی هستند که می‌توانند با وضعیت و الگوی تغذیه ارتباط آماری داشته باشند. بعد خانوار و تعداد اعضای خانواده از عوامل اثرگذار بر الگو و عادات غذایی می‌باشد (۴۶).

Bose و Brown در پژوهشی با عنوان «بررسی مقدماتی عوامل مؤثر بر رفتار مصرف غذاهای دریایی در دو منطقه اینلند و کاسل در استرالیا» نقش مکان جغرافیایی و محل زندگی را نشان دادند. در این بررسی ۱۰۰ خانوار به طور تصادفی از دو منطقه کاسل و اینلند انتخاب شدند. هدف اساسی، کشف نظرات و دیدگاه‌های اهالی این دو منطقه در خصوص مصرف غذاهای دریایی بود. پرسش‌نامه موانع موجود و عقاید مصرف‌کنندگان را بررسی می‌کرد. پاره‌ای از موارد مطرح شده در پرسش‌نامه شامل مزه، کیفیت، ارزش غذایی، قیمت، توصیه پزشکان، در دسترس بودن، راحتی در پخت و بعد خانواده بود. در منطقه اینلند مزه و فصل بیشترین ارتباط را با مصرف غذاهای دریایی نشان دادند. در منطقه کاسل کیفیت و بعد خانوار بیشترین تأثیر را داشتند (۶۱).

رشیدخانی و همکاران در بررسی با عنوان «رابطه الگوهای غذایی غالب با وضعیت اقتصادی- اجتماعی و جمعیتی در زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله شمال شهر تهران» نشان دادند که تحصیلات دانشگاهی و درامد خانوار با الگوی غذایی ناسالم رابطه منفی دارد. زیربنای منزل با الگوی غذایی سالم ارتباط مثبت داشت. زنان کم سن‌تر با فرزندان کم‌تر الگوی غذایی ناسالم‌تری داشتند. سکونت در منطقه ۷ نسبت به سکونت در منطقه ۳ از وضعیت غذایی ناسالم‌تری برخوردار بودند. مدت زمان اقامت در تهران نیز رابطه منفی با الگوی غذایی ناسالم داشت (۴۶).

نتایج مطالعه Lin و همکاران نشان داد که افراد با الگوی غذایی ناسالم (غنی از غلات تصفیه شده و چربی)، بعد خانوار بزرگ‌تری نسبت به الگوی مناسب (میوه و غلات کامل) داشتند (۵۶). سن نیز از عوامل دموگرافیک و شخصی مؤثر بر عادات و رفتارهای غذایی است که با افزایش سن، الگوی غذایی ناسالم به سمت الگوی سالم تغییر جهت می‌دهد (۶۷-۶۴). هنجارهای اجتماعی نیز در بروز یک رفتار نقش عمده دارند.

Prell و همکاران در بررسی با عنوان «چرا نوجوانان ماهی نمی‌خورند» فاکتورهای مؤثر بر مصرف ماهی در

www.mui.ac.ir

مدارس را مشخص کردند. در این بررسی ۱۶۲ نفر با میانگین سنی ۱۴ سال پرسش‌نامه‌ای را تکمیل کردند که بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده طراحی شده بود. نتایج نشان داد که رفتار دوستان، همکلاسی‌ها و کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین پیش‌بینی کنندگی را در مورد مصرف ماهی دارد. موانع شامل نگرش منفی نسبت به بوی ماهی و همچنین ترس از استخوان‌های ریز و تیز ماهی بود. مصرف‌کنندگان ماهی با مزه آن خیلی موافق بودند و فکر می‌کردند که مصرف زیاد ماهی برای سلامتی مفید است (۵). توجه به مؤلفه‌های متعدد و مؤثر در بروز این رفتار شامل هنجارهای اجتماعی- اقتصادی، نگرش، آگاهی، فواید درک‌شده و موانع موجود که به تفضیل مورد بررسی قرار گرفتند، از توانمندی‌های مطالعه‌های مذکور محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

تحقیق‌های زیادی در کشور اروپایی در مورد مصرف ماهی، انگیزه‌ها و موانع مصرف ماهی انجام شده است، ولی عدم انجام تحقیق در کشور غیر اروپایی در خصوص مصرف ماهی همچنان وجود دارد (۳۹). اهمیت و ویژگی فعالیت‌های مربوط با آموزش سلامت منوط به اثرگذاری و کاهش و یا رفع مشکل است. این هدف که مستقیم با تغییر یا ایجاد رفتارهای سالم در ارتباط است، به طور اتفاقی و با روش‌های روزمره حاصل نمی‌گردد و گواه آن سیستم‌های جاری آموزش سلامت می‌باشد. عوامل اصلی مؤثر بر آموزش بهداشت، مشتق از علوم رفتاری است و ارتقای سلامت به شدت در قالب علوم اجتماعی تجسم می‌یابد و از علوم رفتاری وام می‌گیرد (۶۸).

رفتار تغذیه‌ای از جمله مباحث مرتبط با سلامت است که چند علیتی است و تأثیر مهمی بر سلامت دارد. برای اثرگذاری بر آن باید عوامل مؤثر بر رفتار مورد نظر و توانمندی‌های افراد شناسایی و تقویت و موانع نیز کم رنگ‌تر شود. سپس سایر عوامل مداخله‌گر با تعیین ضریب وزنی مشخص و به نحو مناسب همگام با برنامه‌های سلامت در جهت ارتقای رفتار تغذیه‌ای به کار گرفته شود.

برنامه‌های آموزشی کلاسیک رایج در سیستم‌های بهداشتی درمانی، قابلیت اثربخشی مطلوب بر رفتارهای تغذیه‌ای را ندارند. آن‌ها نیازمند مداخلات اساسی از جمله استفاده از آموزش‌های مبتنی بر نظریه تئوری، الگو و مدل‌های مناسب می‌باشند. تئوری‌ها دارای پتانسیل عظیمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت هستند. بررسی سازه‌های مدل‌ها در جوامع گوناگون (آزمایش کردن مدل) جهت تعیین کانون توجه مداخلات آموزش سلامت الزامی است. امروزه تئوری، الگو و مدل‌های گوناگونی جهت حل مشکلات حوزه سلامت به کار گرفته می‌شود. هر الگو باید بر مبنای پایه تئوریک جهت مداخله در جامعه هدف، موضوع مورد نظر، سیاست‌های جاری و مطالعه‌های انجام یافته قبلی، به کار گرفته شود (۶۹).

امروزه تأکید فراوان بر آگاهی در علم سلامت موضوع مورد وثوقی نیست؛ چرا که اغلب انسان‌ها از فواید رفتارهای مثبت نظیر مصرف ماهی مطلع هستند، ولی در این بین عوامل متعددی باعث ناتوانی افراد در به فعلیت درآوردن دانسته‌هایشان می‌شود. شناسایی این عوامل از هنرهای علم آموزش سلامت است. پاره‌ای از این عوامل شامل قادرسازها، تقویت‌کننده‌ها و مستعدکننده‌ها می‌باشد. متخصصین علوم تغذیه و آموزش سلامت باید به طور تلفیقی به موارد توجه نمایند. سنجش آگاهی و بمباران اطلاعاتی فراگیران برای ایجاد رفتار در بسیاری از زمینه‌ها منسوخ گردیده است؛ چرا که دانستن به تنهایی باعث رفتار نمی‌شود.

پیشنهاد می‌شود که برای کاهش این نقایص از مدل‌ها و الگوهای متناسب با رفتار و جامعه هدف استفاده شود و به میزان تأثیر هر عامل در جوامع گوناگون توجه گردد. در ضمن از تأثیر عوامل و متغیرهای پنهان و تأثیر هم‌افزایی این متغیرها در بروز رفتار نباید غافل بود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق از پایان‌نامه دکتری رشته آموزش بهداشت نویسنده اول مقاله با کد ۳۹۰۲۱۶ استخراج شد و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از همکاری دانشکده بهداشت و علوم تغذیه، معاونت پژوهشی و واحد تهیه مقاله‌ها اعلام می‌دارند.

www.mui.ac.ir

References

1. Trondsen T, Braaten T, Lund E, Eggen AE. Health and seafood consumption patterns among women aged 45-69 years. A Norwegian seafood consumption study. Food quality and preference 2004; 15(2): 117-28.
2. Verbeke W, Vackier I. Individual determinants of fish consumption: application of the theory of planned behaviour. Appetite 2005; 44(1): 67-82.
3. Torpy JM, Lynm C, Glass RM. JAMA patient page. Eating fish: health benefits and risks. JAMA 2006; 296(15): 1926.
4. Salehi H, Mokhtari A. An Investigation of Fish Consumption Attitude among Nutrition Experts In Iran. Iranian Scientific Fisheries Journal 2008; 17(1): 79-90.
5. Prell H, Berg C, Jonsson L. Why don't adolescents eat fish? Factors influencing fish consumption in school. Scandinavian Journal of Nutrition 2002; 46(4): 184-91.
6. Haghighatdoost F, Zaribaf F, Esmaillzadeh A, Azabakhat L. Relationship between whole grain consumption and chronic diseases . Iran J Diabetes Lipid Disord 2010; 9(3): 207-17. [In Persian].
7. Jazayeri MH. Knowledge, attitudes and practices (KAP) of diet prescription among university students of Ahwaz, Iran. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 2004; 13(Suppl 1): 130-1.
8. Verbeke W, Vanhonacker F, Sioen I, Van CJ, De HS. Perceived importance of sustainability and ethics related to fish: a consumer behavior perspective. Ambio 2007; 36(7): 580-5.
9. Mirmiran P, Azadbakht L, Azizi F. Dietary quality-adherence to the dietary guidelines in Tehranian adolescents: Tehran Lipid and Glucose Study. Int J Vitam Nutr Res 2005; 75(3): 195-200. [In Persian].
10. Azadbakht L, Mirmiran P, Hosseini F, Azizi F. Diet quality status of most Tehranian adults needs improvement. Asia Pac J Clin Nutr 2005; 14(2): 163-8.
11. Azadbakht L, Esmaeilzadeh A. Planning and mangement principles for nutrition program. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publication; 2010. p. 3-5. [In Persian].
12. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi-Asl S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. Diabetes Res Clin Pract 2003; 61(1): 29-37. [In Persian].
13. Dodd GL, Bayerl CT. Nutrition in the community. In: Mahan LK, Escott-Stump S, editors. Krause's food, nutrition, and diet therapy.Philadelphia: Saunders; 2004. p. 340-62.
14. Contento I. Review of nutrition education research in the Journal of Nutrition Education and Behavior, 1998 to 2007. J Nutr Educ Behav 2008; 40(6): 331-40.
15. Tuu HH, Olsen SO, Thao DT, Anh NT. The role of norms in explaining attitudes, intention and consumption of a common food (fish) in Vietnam. Appetite 2008; 51(3): 546-51.
16. Bruns K, Verbeke W, Olsen SO, Jeppesen LF. Motives, barriers and quality evaluation in fish consumption situations: Exploring and comparing heavy and light users in Spain and Belgium. British Food Journal 2009; 111(7): 699-716.
17. Keshavarz Mohammadi N. Review of the health promotion theory. Tehran: Boshra Press; 2009. p. 21-36. [In Persian].
18. Didarloo AL, Shojaeizadeh D, Mohammadiyan H. Health promotion planning. Tehran: Sobhan Press; 2009. p. 85-88. [In Persian].
19. Berg C, Jonsson I, Conner M. Understanding choice of milk and bread for breakfast among Swedish children aged 11-15 years: an application of the Theory of Planned Behaviour. Appetite 2000; 34(1): 5-19.
20. Dennison CM, Shepherd R. Adolescent food choice: an application of the Theory of Planned Behaviour. Journal of Human Nutrition and Dietetics 1995; 8(1): 9-23.
21. Pawlak R, Colby S. Benefits, barriers, self-efficacy and knowledge regarding healthy foods; perception of African Americans living in eastern North Carolina. Nutr Res Pract 2009; 3(1): 56-63.
22. Hossiennezhad M, Azizzadeh Forouzi M, Mohammad Alizadeh SA, Haghdoust AA. Role of Self Efficacy Predictors in Nutritional Behaviors of Kerman High School Female Students in 2006-2007 Academic Year. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2008; 16(3): 49-56. [In Persian].
23. Hajikazemi E, Alyzadeh M, Javadi F, Mahmoodi M. Study The Knowledge of Women About Methods of Cooking Food Materials. Iran J Nurs 2002; 14(29): 15-9.
24. Folta SC, Goldberg JP, Lichtenstein AH, Seguin R, Reed PN, Nelson ME. Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. Prev Chronic Dis 2008; 5(1): A06.
25. Omidvar N. Relationship betweenself eficasy and nutritional behaviors. Proceedings of the 8th Iranian Ntrition Congres; 2007 Sep 13-16; Tabriz, Iran; 2007.

www.mui.ac.ir

26. Ghazi Tabatabaei M, Asghari A. Study of Nutrition Behavior Based on Rogers' Client-Centered Theory in Iranian Students. Psychological Research 2006; 9(3-4): 85-103.
27. Olsen SO, Scholderer J, Brunso K, Verbeke W. Exploring the relationship between convenience and fish consumption: a cross-cultural study. Appetite 2007; 49(1): 84-91.
28. Spinks A, Bose S. Factors affecting households' seafood purchasing decisions in Auckland, New Zealand: an empirical analysis. International Journal of Consumer Studies 2002; 26(1): 62-70.
29. Adeli A, Hasangholipur T, Hosseni SA, Salehi H, Shabanpour B. Identifying the main factors affecting home consumption attitude to farmed fishes among Tehrani households Iranian. Iranian Scientific Fisheries Journal 2010; 19(3): 87-95. [In Persian].
30. Story M, Stang J. Understanding adolescent eating behaviors. Guidelines for Adolescent Nutrition Services [Online]. 2005 [cited 2007 Dec 11]; Available from: URL: at http:// www.epi.umn.edu/let/pubs/adol-book. shtm/
31. Olsen SO, Ruiz S. Adolescents' influence in family meal decisions. Appetite 2008; 51(3): 646-53.
32. Hazavehei MM, Sharifirad GR, Kargar M. The Comparison of Educational Intervention Effect Using BASNEF and Classic Models on Improving Assertion Skill Level. J Res Health Sci 2008; 8(1): 1-11.
33. Manios Y, Kafatos A. Health and nutrition education in elementary schools: changes in health knowledge, nutrient intakes and physical activity over a six year period. Public Health Nutr 1999; 2(3A): 445-8.
34. Hazavehei MM, Pirzadeh A, Entezari M, Hasanzadeh A. The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students. Zahedan J Res Med Sci 2011; 13(1): 23-9. [In Persian].
35. Iso H, Rexrode KM, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, et al. Intake of fish and omega-3 fatty acids and risk of stroke in women. JAMA 2001; 285(3): 304-12.
36. Mahon D, Cowan C, McCarthy M. The role of attitudes, subjective norm, perceived control and habit in the consumption of ready meals and takeaways in Great Britain. Food quality and preference 2006; 17(6): 474-81.
37. Leek S, Maddock S, Foxall G. Situational determinants of fish consumption. British Food Journal 2000; 102(1): 18-39.
38. Rortveit AW, Olsen SO. Combining the role of convenience and consideration set size in explaining fish consumption in Norway. Appetite 2009; 52(2): 313-7.
39. Birch D, Lawley M. A Conceptual Framework for Investigating Fish Consumption in Australia [Online]. 2010; Available from: URL: http://anzmac2010.org/proceedings/pdf/anzmac10Final00040.pdf/
40. Rortveit AW. Consideration set size and choice in fish consumption: the influence of attitude, knowledge, convenience, and category presentation [PhD Thesis]. Norwegian: University of Troms. 2010.
41. Rortveit AW, Olsen SO. The role of consideration set size in explaining fish consumption. Appetite 2007; 49(1): 214-22.
42. Mitchell MC, Lerner E. Nutrition knowledge, attitudes and practices of pregnant middle class women. J Nutr Educ 1991; 23(1): 239-43.
43. Sajadi P, Bakhtiari A, Haj Ahmadi M. Assessment of Nutritional Knowledge Level of Pregnant Women Referred To Health and Therapeutic Centers of Babol. J Babol Univ Med Sci 2007; 9(5): 50-4. [In Persian].
44. Khajavishojaii K, Parsay S, Fallah N. Assessment of nutritional knowledge, attitude and practices in pregnant women in university hospitals of Tehran. J Gorgan Univ Med Sci 2001; 3(8): 70-5.
45. Kozlowska-Wojciechowska M, Wujec MM. Dietary knowledge and practice in pregnant women. Rocz Panstw Zakl Hig 2002; 53(2): 167-75.
46. Rashidkhani B, Rezazadeh A, Omidvar N, Houshiar rad A, Setayeshgar Z. Relationships of major dietary patterns and their association with socioeconomic and demographic factors in 20-50 year- old women in the north of Tehran. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology 2008; 3(2): 1-12.
47. Wamala SP, Wolk A, Orth-Gomer K. Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged Swedish women. Prev Med 1997; 26(5 Pt 1): 734-44.
48. Anderson AS, Campbell DM, Shepherd R. Nutrition Knowledge. Attitude to non-pregnant women. J Human Nutrition and Diabetics 1993; 64(18): 335-53.
49. Yang EJ, Kerver JM, Song WO. Dietary patterns of Korean Americans described by factor analysis. J Am Coll Nutr 2005; 24(2): 115-21.
50. Van Dam RM, Grievink L, Ocke MC, Feskens EJ. Patterns of food consumption and risk factors for cardiovascular disease in the general Dutch population. Am J Clin Nutr 2003; 77(5): 1156-63.
51. Park SY, Murphy SP, Wilkens LR, Yamamoto JF, Sharma S, Hankin JH, et al. Dietary patterns using the Food Guide Pyramid groups are associated with sociodemographic and lifestyle factors: the multiethnic cohort study. J

www.mui.ac.ir

Nutr 2005; 135(4): 843-9.
52. Slattery ML, Boucher KM, Caan BJ, Potter JD, Ma KN. Eating patterns and risk of colon cancer. Am J Epidemiol 1998; 148(1): 4-16.
53. Mohammadi F, Omidvar N, Mehrabi Y, Abdollahi M. Association of food security and body weight status of adult members of Iranian households. Iran J Nutr Sci Food Technol 2008; 3(2): 41-53.
54. Petrenya N, Dobrodeeva L, Brustad M, Bichkaeva F, Menshikova E, Lutfalieva G, et al. Fish consumption and socio-economic factors among residents of Arkhangelsk city and the rural Nenets autonomous area. Int J Circumpolar Health 2011; 70(1): 46-58.
55. Hupkens CL, Kinbbe RA, Drop MJ. Social class diferences in dietary habits described by food frequency questions- result from Denmark. Eur J Clin Nutr 2003; 57(2): 1586-97.
56. Lin H, Bermudez OI, Tucker KL. Dietary patterns of Hispanic elders are associated with acculturation and obesity. J Nutr 2003; 133(11): 3651-7.
57. Johansson L, Thelle DS, Solvoll K, Bjorneboe GE, Drevon CA. Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. Br J Nutr 1999; 81(3): 211-20.
58. Zerafati shoaa N. Validation of Radimer Cornell modified questionnaire in food security assessment of urban households of Tehran's district 20 [Thesis]. Tehran: School of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University; 2004. [In Persian].
59. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr 2004; 79(1): 6-16.
60. O'dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. J Am Diet Assoc 2003; 103(4): 497-501.
61. Bose S, Brown N. A preliminary investigation of factors affecting seafood consumption behaviour in the inland and coastal regions of Victoria, Australia. Journal of Consumer Studies & Home Economics 2000; 24(4): 257-62.
62. Olsen SO. Consumer involvement in seafood as family meals in Norway: an application of the expectancy-value approach. Appetite 2001; 36(2): 173-86.
63. Olsen SO, Ninh Thi KA. The role of consumer satisfaction, consideration set size, variety seeking and convenience orientation in explaining seafood consumption in Vietnam [MSc Thesis]. Norwegian: University Troms; 2010.
64. Kesse-Guyot E, Bertrais S, Peneau S, Estaquio C, Dauchet L, Vergnaud AC, et al. Dietary patterns and their sociodemographic and behavioural correlates in French middle-aged adults from the SU.VI.MAX cohort. Eur J Clin Nutr 2009; 63(4): 521-8.
65. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez MA, De Irala-Estevez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Eur J Clin Nutr 2003; 57(2): 285-92.
66. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutr 2002; 5(1A): 149-55.
67. Esmaillzadeh A, Azadbakht L. Major dietary patterns in relation to general obesity and central adiposity among Iranian women. J Nutr 2008; 138(2): 358-63.
68. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghoranipur F, Heydarnia A, Pakpur A. Health education & promotion theories, models, methods. Tehran: Sobhan Publication; 2010. p. 76-86. [In Persian].
69. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: A guide to health promotion theory. Trans. Keshavarz N. Tehran: Boshra Publication.; 2010. p. 26-7.

Factors Affecting Fish Consumption Based on Structures of Health Education

Mohammad Matlabi[1], Gholamreza Sharifi Rad[2], Firoozeh Mostavafi[3], Siamak Mohebi[4], Leila Azadbakht[5]

Abstract

Cardiovascular disease is determined as the first cause of mortality in Iran. Nutrition and dietary intake has been known as the first and most important factor in the incidence of these diseases. This means that from 800 cases of daily mortality in the country, 300 cases are directly related to poor nutrition. Fish is considered as a healthy food and its consumption is recommended twice a week in a balanced diet. Fish consumption per capita in Iran is estimated to be between 7.5 and 9 kg a year and in most provinces the rate is less than 4 kg per year. Identifying the factors influencing on fish consumption is the first step to increase fish intake. Some studies have revealed the effects of some factors such as smell and taste of fish, the fear of tiny bones, cooking skills in preparing fish and perceived benefits. The Impact of individual attitudes on fish consumption is undeniable. Health education models have identified basic components that are effective in creating or changing a behavior and emphasizeed weighted coefficients of each of these components and structures in different societies. Survey on behavior factors is one of the duties of health education models. Patterns and models that hold the person responsible for the behavior include theory of planned behavior, health belief model, logical function and process of change. This study aimed to determine the factors influencing the consumption patterns of fish, based on the models in health education.

Keywords: Fish Consumption, Health Education Models, Nutritional Behavior, Attitude, Subjective Norm

1- Faculty Member, Gonabad University of Medical Sciences, Mashhad And PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences and Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Faculty Member, Qom University of Medical Sciences, Qom And PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- Associate Professor, Food Security Research Center, Department of Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: azadbakht @ hlth.mui.ac.ir