

Application of social cognitive theory on maternal nutritional behavior for weight of children 6 to 12 months with Failure to thrive (FTT)

Zainab Aghdasi

Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Student Research, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Hadi Tehrani

Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Habibollah Esmaily

Department of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Mohaddese Ghavami

Department of psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.

Mohammad Vahedian-Shahroodi

* Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) vahedianm@mums.ac.ir

Received: 2020/09/20

Accepted: 2021/05/15

Doi: 10.52547/ijhehp.9.2.145

ABSTRACT

Background and Objective: failure to thrive (FTT) is one of the most common and important problems in the age of 6 to 12 months. Maternal behavioral factors are the most important cause of FTT in children. One of the most important theories to improve the nutritional behaviors is social cognitive theory. This study was conducted aiming to identify the determinants of maternal nutritional behavior for children 6 to 12 months with FTT based on social cognitive theory.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed with the participation of 100 mothers with children aged 6 to 12 months with FTT referred to health service centers in Torbat-Heydariye. Mothers were selected by cluster sampling and were divided into two groups of experimental and control. The educational intervention was performed in 6 sessions of 60 minutes. Data were completed using researcher-made questionnaires by mothers in three stages and analyzed by using SPSS24 software.

Results: Results showed that there was no significant difference between the two experimental and control groups before the educational intervention on score of the demographic variables. However, after educational intervention, there was a significant difference in maternal behavior and weight of child ($P < 0.05$). There was a significant difference in the scores of social cognitive theory structures before and after the intervention (awareness, outcome expectation, outcome value, task self-efficacy, self-efficacy of overcoming obstacles, self-regulation, in case of situation, emotional adaptation, modeling) in the experimental group ($P < 0.05$).

Conclusion: The results after the educational intervention showed the positive effect of education based on social cognitive theory on the behavior of mothers and the weight of children 6 to 12 months with Failure to thrive (FTT)

Keywords: Health education, Maternal behavior, Social cognitive theory, FTT

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Aghdasi Z, Tehrani H, Esmaily H, Ghavami M, Vahedian-Shahroodi M. Application of social cognitive theory on maternal nutritional behavior for weight of children 6 to 12 months with Failure to thrive (FTT). *Iran J Health Educ Health Promot. Summer 2021*;9(2): 145-158.

► **Citation (APA):** Aghdasi Z., Tehrani H., Esmaily H., Ghavami M., Vahedian-Shahroodi M. (Summer 2021). Application of social cognitive theory on maternal nutritional behavior for weight of children 6 to 12 months with Failure to thrive (FTT). *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 9(2), 145-158.

کاربرد تئوری شناختی اجتماعی بر رفتار تغذیه ای مادران و وزن کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه مبتلا به اختلال رشد

چکیده

زمینه و هدف: اختلال رشد یکی از مشکلات شایع و مهم کودکان در سنین ۶ تا ۱۲ ماهگی می باشد. از مهمترین عوامل اختلال رشد کودکان، عوامل رفتاری مادر است. یکی از تئوری های اثرگذار بر رفتارهای تغذیه ای، تئوری شناختی اجتماعی است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش بر مبنای تئوری شناختی اجتماعی بر رفتار مادران بر تغییر وزن کودکان مبتلا به اختلال رشد انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه ی نیمه تجربی با مشارکت ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه مبتلا به اختلال رشد مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت تربت حیدریه انجام شد که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب، و در دو گروه ۵۰ نفری آزمون و کنترل قرار گرفتند. مداخله ی آموزشی طی ۶ جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. داده ها، با استفاده از پرسشنامه های محقق ساخته توسط مادران در سه مرحله تکمیل و به کمک نرم افزار SPSS24 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: قبل از مداخله آموزشی تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر نمره متغیرهای مورد مطالعه وجود نداشت. اما در گروه آزمون، بعد از مداخله ی آموزشی در نمره رفتار مادر، وزن کودک و سازه های تئوری شناختی اجتماعی تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). تغییر نمرات سازه های تئوری شناختی اجتماعی قبل و بعد از مداخله (آگاهی، انتظار پیامد، ارزش پیامد، خودکارآمدی وظیفه، خودکارآمدی غلبه بر موانع، خودتنظیمی، در صورت وضعیت، سازگاری عاطفی، الگوسازی) در گروه مداخله تفاوت معنی دار داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج بعد از مداخله ی آموزشی نشان دهنده ی تاثیر مثبت آموزش بر مبنای تئوری شناختی اجتماعی در رفتار مادران و وزن کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه بود.

کلید واژه: آموزش بهداشت، رفتار مادر، تئوری شناختی اجتماعی، اختلال رشد، کودکان

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

زینب اقدسی

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

هادی طهرانی

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

حبیب اله اسماعیلی

گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

محدثه قوامی

گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

محمد واحدیان شاهرودی

* گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول).
vahedianm@mums.ac.ir

◀ **استناد (ونکوپور):** اقدسی ز، طهرانی ه، اسماعیلی ح، قوامی م، واحدیان شاهرودی م. کاربرد تئوری شناختی اجتماعی بر رفتار تغذیه ای مادران و وزن کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه مبتلا به اختلال رشد. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۴۰۰؛ ۹(۲): ۱۴۵-۱۵۸.

◀ **استناد (APA):** اقدسی، زینب؛ طهرانی، هادی؛ اسماعیلی، حبیب اله؛ قوامی، محدثه؛ واحدیان شاهرودی، محمد. (تابستان ۱۴۰۰). کاربرد تئوری شناختی اجتماعی بر رفتار تغذیه ای مادران و وزن کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه مبتلا به اختلال رشد. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۹(۲): ۱۴۵-۱۵۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۲۵

فقر غذایی یکی از مسائل مهم رفاه و سلامتی است. این وضعیت شامل سه جزء اصلی سوء تغذیه شامل: کوتاه برای سن، کم وزن برای سن و لاغری است (۱). اختلال یا تأخیر رشد، اولین مرحله ی بروز کم وزنی و یکی از مشکلات شایع و مهم بهداشتی در دوران کودکی است. منظور از اختلال رشد، کاهش تدریجی سرعت رشد از الگوی تثبیت شده است. معمولاً ابتدا تأخیر رشد به صورت کاهش وزن، سپس کاهش قد و دور سر بروز می کند. کودکان تا ۶ ماهگی به خوبی وزن می گیرند و رشد آن ها مطابق با منحنی های مرجع است ولی با افزایش سن، میزان شیوع کم وزنی افزایش می یابد (۲). شایع ترین سن ابتلا به اختلال رشد به دلیل انتقال سریع از تغذیه انحصاری با شیر مادر به مصرف سایر گروه های غذایی ۶ تا ۱۲ ماهگی است (۳). ۱۰۰۰ روز اول زندگی، حساس ترین دوره ی تکامل مغز و رشد کودک است که از کوتاه قدی و کم وزنی اولیه پیشگیری می کند. به طور کلی سوء تغذیه، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت دارد. بنابراین اشتباهات سوء تغذیه کودکی، نگرانی های اساسی برای بقا، تکامل سلامتی و قابلیت های اقتصادی، اجتماعی دارد (۱).

سوء تغذیه منجر به اختلال در مکانیسم های دفاعی او می شود. در نتیجه باعث افزایش شیوع، شدت و طول مدت بیماری های شایع دوران کودکی نظیر اسهال، عفونت های تنفسی و سرخک می شود و از طرفی منجر به بهبود کندتر و میرایی بیشتر ایشان می گردد. حدود ۴۵ درصد از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به سوء تغذیه مرتبط است که عمده تاً در کشورهای متوسط و کم درآمد رخ می دهد (۴). در شیرخواران و کودکان دچار سوء تغذیه، احتمال بستری شدن مکرر در بیمارستان و صرف هزینه های هنگفت از یک سو و احتمال تأخیر تکاملی و آسیب های جبران ناپذیر توانایی های شناختی و تحصیلی از سوی دیگر به شدت افزایش می یابد (۵). امروزه بررسی های انجام شده حاکی از تأثیرات نامطلوبی است که حتی اشکال خفیف و متوسط سوء تغذیه بر سلامتی وارد می سازند یعنی بدون کاهش وزن و کوتاه قدی از طریق کاهش

تحرك، انگیزش، کنجکاوی و در نتیجه تداخل کمتر کودک با محیط، رشد و نمو ادراکی او را مختل سازد (۱).

مسئله اختلال رشد کودکان آن چنان مهم است که در سال ۲۰۱۵ کلیه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت متعهد شدند تا سال ۲۰۳۰ به همه اشکال سوء تغذیه پایان دهند و به اهداف مورد توافق بین المللی در رابطه با کوتاه قامتی و لاغری کودکان زیر ۵ سال تا سال ۲۰۲۵، دست یابند (۶). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، ۱۰۰ میلیون کودک دچار کم وزنی بوده اند (۷). مستندات اخیر نشان می دهد که کشورهای در حال توسعه در حال انتقال به فاز همه گیری اختلالات تغذیه ای هستند (۳). بر اساس مطالعه شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران سال ۱۳۸۹، شیوع کم وزنی در کل کشور و استان خراسان رضوی به ترتیب: ۴/۰۸ و ۴/۶۷ درصد بوده است (۸). در سال ۱۳۹۷، از مجموع ۱۴۳۲۴ مراقبت انجام شده جهت کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه شهرستان تربت حیدریه، ۱۹/۳۸ درصد اختلال رشد شناسایی شده اند (۹). دلایل اختلال رشد معمولاً چند وجهی است و طیفی از عوامل بیولوژیکی و اجتماعی تا عوامل محیطی را شامل می شود (۱۰). ثابت شده است که علت ۴۶ درصد موارد اختلال رشد، غیر عضوی است و به رفتار تغذیه ای مادر مرتبط است (۶) آموزش مادر یکی از راهکارهای اصلی بهبود رفتارهای تغذیه ای و رشد کودکان به شمار می رود. یافته های مطالعات مختلف، نشان دهنده نقش مؤثر آموزش بر آگاهی، رفتار مادر و بهبود وزن کودک بوده است (۱۱-۱۴). به منظور اثربخشی مطلوب آموزش بر رفتارهای تغذیه ای، استفاده از آموزش های مبتنی بر نظریه های مناسب ضروری است، زیرا نظریه ها دارای پتانسیل در افزایش اثربخشی برنامه های آموزش سلامت هستند (۱۵). نظریه های مختلفی در یادگیری و به طور خاص تحلیل رفتارهای بهداشتی و هدایت مداخلات آموزشی جهت ارتقای رفتار سلامت وجود دارد یکی از کارآمدترین نظریه ها برای پیش بینی و بیان رفتارهای تغذیه ای، نظریه شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) آلبرت بندورا است (۱۶). این نظریه

تاکید دارد که خصوصیات فردی و محیطی بر رفتار اثر می‌گذارند و معتقد به اصول تعیین کنندگی متقابل است.

این نظریه عوامل شخصی (خودکارآمدی، خودتنظیمی، انتظارات پیامد و...) را در زمینه محیطی و چگونگی تأثیر آن‌ها بر رفتار را از جمله، رفتارهای پیشگیری کننده مرتبط با سلامت بررسی می‌کند (۱۷). رفتارهای تغذیه ای مادر به شیوه‌های غذا دادن به کودک، شروع تغذیه تکمیلی، چگونگی انتخاب غذا، تغذیه در دوران بیماری، باورها و عادات غلط غذایی، استفاده مناسب از سبد غذایی خانوار به آگاهی، اعتقادات و انتظارات و خودکارآمدی مادر که در واقع عوامل شناختی مادر هستند و نیز دسترسی به مواد غذایی، حمایت همسر و اطرافیان و نگرش آن‌ها نسبت به کودک و تغذیه او که تشکیل دهنده عوامل محیطی هستند، مرتبط می‌باشد. بررسی این عوامل طبق اصل تعیین کنندگی متقابل، چهار چوب مفیدی را برای شناخت رفتار در بافت خانواده فراهم می‌کند و می‌توان با شناخت آن‌ها، راهکارهایی را جهت تغییر رفتار مادران ارائه داد (۱۳).

نظریه شناختی اجتماعی در بررسی رفتارهای مختلف تغذیه به کار رفته است. بسیاری از برنامه‌های موفق بهبود تغذیه در کودکان از این نظریه سود برده‌اند. (۱۸). این نظریه، ضمن بیان عوامل پیش بینی کننده و اصول مؤثر در شکل گیری رفتار، راهکارهایی را جهت تغییر رفتار ارائه می‌دهد (۱۹). با توجه به موارد فوق، ضروری است نقش و اهمیت آموزش بر مبنای نظریه شناختی اجتماعی که فرآیندهای شناختی- محیطی از جمله یادگیری مشاهده‌ای و الگوگیری، خودتنظیمی رفتار و نیز تأثیرات محیط فیزیکی و اجتماعی بر رفتار تغذیه ای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد را در برمی گیرد، تعیین شود تا بر مبنای آن بتوان به منظور برنامه ریزی مؤثر آموزشی مادران در زمینه تغذیه کودک پیشنهادهای را ارائه داد.

مواد و روش‌ها

حجم نمونه

در این مطالعه مداخله ای که در سال ۹۹ در مراکز خدمات جامع سلامت شهر تربت حیدریه انجام شد، حجم نمونه با استفاده از فرمول

زیر با استناد به مقاله گلشیری و همکاران (۲۰)، با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و فرمول زیر، حجم نمونه در هر گروه ۴۲ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش، حجم نمونه، ۵۰ نفر در هر گروه و بطور کل ۱۰۰ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

قابل ذکر است پس از انجام مداخله، ۳ نفر از هر گروه آزمون و کنترل به دلایل مختلف از قبیل بیماری، عدم شرکت در بیش از یک جلسه و عدم تمایل به ادامه ی مطالعه حذف شدند.

نحوه انجام نمونه گیری

از بین ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شهری، ۲ مرکز که از نظر شرایط اجتماعی، اقتصادی و موقعیت جغرافیایی مشابه بودند به صورت تصادفی انتخاب و سپس یکی از این دو مرکز، به روش تصادفی به عنوان گروه آزمون و دیگری به عنوان گروه کنترل تعیین شد. سپس تعداد ۵۰ نفر از مادران هر گروه به صورت تصادفی از مراکز آزمون و کنترل گزینش شدند. کودکان این مادران (گروه کنترل و مداخله) دارای پرونده الکترونیک بودند و در پرونده ایشان، منحنی وزن و مقدار وزن ایشان ثبت شده بود. قبل از شروع مداخله، مقدار وزن کلیه کودکان اندازه گیری و ثبت شد. پرسشنامه ها نیز توسط مادران تکمیل و سپس برنامه ی آموزشی توسط محقق، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و کارشناس تغذیه جهت گروه آزمون اجرا شد.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

مادران دارای حداقل یک کودک ۶ ماه تا یک سال که در آخرین مراقبت دارای اختلال رشد بوده است، حداقل سواد مادر پایان دوره ابتدایی باشد، تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند، دانش آموخته یا شاغل به تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی نباشد، مسئولیت مستقیم تغذیه کودک با مادر باشد، پدر و مادر هر دو در خانواده حضور داشته باشند و هر دو یا یکی از آن‌ها دارای درآمد ثابت باشند، کودک دچار بیماری ژنتیکی یا صعب العلاج، نقص عضو عمده و یا مشکلاتی از قبیل بیش فعالی نباشد. عدم تمایل به ادامه همکاری غیبت بیش از یک جلسه آموزشی، نقل مکان مادر و عدم

پزم)، خود تنظیمی (۴ گویه) (مثلاً برای تهیه غذای کمکی سالم برای فرزندم، برنامه ریزی می کنم)، یادگیری مشاهده ای (۳ گویه) (مثلاً با دیدن مادرانی که شیردهی موفقیت آمیز داشته اند سعی می کنم در این زمینه تلاش بیشتری انجام دهم)، سازگاری عاطفی (۲ گویه) (مثلاً زمانی که کودکم وزن گیری کافی دارد خوشحال می شوم) و پرسشنامه مرتبط با رفتار تغذیه ای مادر که شامل ۱۲ گویه بود. در قسمت آگاهی، به پاسخ صحیح امتیاز ۱ و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. در سایر سازه ها، امتیازدهی بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینۀ ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی و از ۱ تا ۵ امتیاز داده شد. پاسخ سؤالات رفتار تغذیه ای مادر نیز در صورت صحیح بودن امتیاز ۱ و برای پاسخ غلط، امتیازی در نظر گرفته نشد.

اجرای مداخله

مداخله ی آموزشی بر مبنای استراتژی ها و اصول نظریه شناختی اجتماعی جهت ارتقای رفتار تغذیه ای مادران در گروه آزمون در ۶ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای طی ۶ هفته اجرا شد. محتوای آموزشی، به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش افکار ارائه شد (جدول ۱). طی مدت مداخله، گروه مجازی با عضویت مادران تشکیل شد و ضمن ایجاد فضای پرسش و پاسخ با مادران، اهم مطالب هر جلسه در گروه قرار داده می شد. در پایان مداخله کتابچه ای با عنوان "تغذیه کودک در سنین ۶ تا ۱۲ ماه" و تراکت های آموزشی مرتبط نکات مهم تغذیه کودک دارای اختلال رشد که توسط مجری پروژه تهیه شده بود به مادران تحویل شد. گروه کنترل هیچ گونه آموزشی از سوی محقق دریافت نکردند و به صورت روتین و توسط مراقبین سلامت، مراقبت و آموزش های لازم را دریافت کردند. پرسشنامه قبل از شروع مداخله توسط مادران تکمیل شد. تاثیر برنامه آموزشی بلافاصله و سه ماه بعد از اجرای برنامه، با تکمیل مجدد پرسشنامه ها توسط هر دو گروه آزمون و کنترل مورد بررسی قرار گرفت.

داده ها به کمک نرم افزار SPSS24 و با استفاده از آزمونهای آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، میانه، دامنه ی میان چارکی) و آمار استنباطی (مجذور کای دو، تی مستقل، من

دسترسی به ایشان، ابتلا کودک به بیماری حاد طی دوره پژوهش معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده ها

این ابزار، شامل سه بخش بود. پرسشنامه ی اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه ی محقق ساخته بر مبنای سازه های نظریه شناختی اجتماعی و نیز پرسشنامه ی محقق ساخته ی رفتار تغذیه ای مادر بود. پرسشنامه های محقق ساخته پس از بررسی متون و مقالات مرتبط تهیه و اعتبار آن از طریق بررسی نظرات چند نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و متخصص تغذیه و با سنجش اعتبار محتوایی^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ مورد تأیید قرار گرفت. شاخص اعتبار محتوا برای پرسشنامه سازه های نظریه شناختی اجتماعی ۸۳/۰ و برای پرسشنامه رفتار تغذیه ای مادر ۸۷/۰، به دست آمد. شاخص روایی محتوا برای پرسشنامه های فوق به ترتیب، ۸۵/۰ و ۸۹/۰ به دست آمد. جهت محاسبه ی پایایی، در قالب یک طرح مقدماتی از طریق تکمیل پرسشنامه توسط ۴۰ نفر از مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه مبتلا به اختلال رشد انجام و ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. این ضریب، برای هر دو پرسشنامه بیش از ۷/۰ بدست آمد.

مشخصات جمعیت شناختی (۱۲ سؤال)، سؤالات مربوط به سازه های نظریه شناختی اجتماعی شامل، آگاهی (۵ گویه) (مثلاً مناسب ترین سن شروع تغذیه تکمیلی، چه سنی است؟)، انتظارات پیامد (۵ گویه) (مثلاً اگر کودک تغذیه مناسبی داشته باشد، رشد جسمی بهتری خواهد داشت)، ارزش پیامد (۴ گویه) (مثلاً مهم است که کودک از رشد جسمی خوبی برخوردار شود)، خودکارآمدی وظیفه (۳ گویه) (مثلاً پخت غذای کمکی سالم و مناسب فرزندم برای من راحت است)، خودکارآمدی غلبه بر موانع (۳ گویه) (مثلاً وقتی کودکم بیمار شود، من می توانم با تغذیه مناسب از اختلال رشد او جلوگیری کنم)، محیط (۶ گویه) (مثلاً همسر مواد اولیه جهت تهیه غذای کمکی خانواده فراهم میکند)، درک موقعیت (۳ گویه) (مثلاً اگر مواد غذایی در دسترس باشد من هر روز برای کودک غذای کمکی می

1. Content validity ratio (CVR)
2. Content-validity index (CVI)

جدول ۱. جلسات آموزشی، محتوی و روش های آموزشی جهت انجام مداخله

| جلسات | محتوای آموزشی | روش آموزش |
|------------|--|---|
| جلسه اول | اختلال رشد و نحوه تشخیص اختلال رشد، اهمیت رشد دوران کودکی، نقش تغذیه در رشد کودک | سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ |
| جلسه دوم | عوارض شروع زودرس و دیررس تغذیه کمکی، دلایل اختلال رشد کودک، تعداد و دفعات غذای کمکی و شیر مادر با توجه به سن کودک، غذاهای ممنوع زیر یکسال | سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، بارش افکار |
| جلسه سوم | نکات مهم در تغذیه کمکی، نوع و نحوه شروع انواع غذاها با توجه به سن کودک، اهمیت مصرف مکملها، نوع و نحوه مصرف آن | سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، نمایش عملی |
| جلسه چهارم | مشکلات و موانع رفتار تغذیه ای مطلوب، تکامل کودک و ارتباط تغذیه با آن، شیوه های رفتاری مادران در زمان غذا دادن به کودک | سخنرانی، بارش افکار، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، ایفای نقش |
| جلسه پنجم | جانشین شونده های مناسب تغذیه با توجه به وضعیت اقتصادی، روش های مقوی و مغذی کردن غذای کودک جهت کودکان دچار اختلال رشد، نحوه تغذیه ی کودک در دوران بیماری و پس از آن | سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، نمایش فیلم و نمایش عملی |
| جلسه ششم | مدیریت استرس، علل، نشانه ها، روش های مقابله با آن، مهارت تصمیم گیری، مدیریت هیجان | سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، ایفای نقش |

ویتی، آنالیز واریانس مشاهدات تکراری و آزمون فریدمن (تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری برای همه ی آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

درصد (۲۵ نفر) از نمونه های پژوهش دختر و ۴۷ درصد (۲۲ نفر) پسر بودند. میانگین سن مادران $29/6 \pm 5/71$ سال و کودکان، $8/5 \pm 1/97$ ماه بود. ۹۱ درصد (۴۳ نفر) مادران خانه دار بودند و تحصیلات ۴۶ درصد (۲۲ نفر) از آن ها دبیرستان و دیپلم بود.

درآمد اکثر خانواده ها در گروه آزمون و کنترل کمتر از ۲

میلیون تومان در ماه بود. میانگین وزن کودکان 7492 ± 9060 گرم و میانگین وزن ایشان در هنگام تولد 3092 ± 463 گرم بود. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری از نظر متغیرهای دموگرافیک وجود ندارد (جدول ۲ و ۳).

یافته ها

مداخله آموزشی جهت ۵۰ نفر از مادران گروه آزمون انجام شد. در طول مطالعه ۳ نفر از مادران در هر گروه آزمون و کنترل به دلیل ابتلا کودک به بیماری از مطالعه حذف شدند. در نهایت اطلاعات ۹۴ مادر آنالیز شد. برنامه ی آموزشی در در این مطالعه، در گروه آزمون، ۵۳

جدول ۲. متغیرهای کیفی جمعیتی شناختی در گروه های تحت مطالعه قبل از مداخله آموزشی در دو گروه

| نتیجه آزمون (کای دو) | کنترل | آزمون | | متغیر |
|-----------------------------|----------|--------------|--------------|----------|
| | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| $X^2 = 0/043$ $P = 0/83$ | (۵۵/۳)۲۶ | (۵۳/۲)۲۵ | دختر | جنس کودک |
| | | (۴۶/۸)۲۲ | پسر | |
| $X^2 = 1/52$ $P = 0/21$ | (۸۳/۰)۳۹ | (۹۱/۵)۴۳ | خانه دار | شغل مادر |
| | | (۸/۵)۴ | شاغل | |
| $X^2 = 2/78$ $P = 0/426$ | (۶/۴)۳ | (۲/۱)۱ | بیکار | شغل پدر |
| | | (۲۷/۷)۱۳ | کارمند | |
| | | (۱۷/۰)۸ | کارگر | |
| | | (۴۸/۹)۲۳ | آزاد | |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------|----------|
| $X^2 = ۰/۵۸$ $P = ۰/۴۴۶$ | ابتدایی | (۱۰/۶)۵ | (۱۲/۸)۶ |
| | راهنمایی | (۲۱/۳)۱۰ | (۲۳/۴)۱۳ |
| | دبیرستان و دیپلم | (۴۶/۸)۲۲ | (۴۴/۷)۲۵ |
| | دانشگاهی | (۲۱/۳)۱۰ | (۱۹/۱)۹ |
| $X^2 = ۰/۴۸$ $P = ۰/۴۸۶$ | ابتدایی | (۱۴/۹)۷ | (۱۷/۰)۸ |
| | راهنمایی | (۲۹/۸)۱۴ | (۲۷/۷)۱۳ |
| | دبیرستان و دیپلم | (۳۴/۰)۱۶ | (۳۸/۳)۱۸ |
| | دانشگاهی | (۲۱/۳)۱۰ | (۱۷/۰)۸ |
| $X^2 = ۲/۷۸$ $P = ۰/۴۲۷$ | کمتر از یک میلیون تومان | (۱۷/۰)۸ | (۲۱/۳)۱۰ |
| | بین ۱ تا ۲ میلیون تومان | (۵۱/۱)۲۴ | (۵۹/۶)۲۸ |
| | بین ۲ تا ۳ میلیون تومان | (۲۳/۴)۱۱ | (۱۰/۶)۵ |
| | بیش از ۳ میلیون تومان | (۸/۵)۴ | (۸/۵)۴ |

جدول ۳. متغیرهای دموگرافیک کمی در گروه های تحت مطالعه قبل از مداخله آموزشی

| نتیجه آزمون تی مستقل | کنترل | آزمون | متغیر |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | |
| $t = ۰/۶۱$ $P = ۰/۵۴$ | ۷۵۸۳ / ۶ \pm ۶۲۷ / ۸۴ | ۷۴۹۲ \pm ۹۰۶۰ / ۶ | وزن کودک |
| $t = ۰/۵۹$ $P = ۰/۵۵$ | ۲۸ / ۸ \pm ۶ / ۶ | ۲۹ / ۶ \pm ۵ / ۸ | سن مادر |
| $Z = ۰/۶۷$ $P = ۰/۵$ | ۸ / ۸ \pm ۱ / ۸ | ۸ / ۵ \pm ۱ / ۹ | سن کودک |
| $Z = ۰/۵۴$ $P = ۰/۵۸$ | ۱ / ۷ \pm ۰ / ۸ | ۱ / ۷ \pm ۰ / ۷ | رتبه تولد کودک |
| $Z = ۰/۵۳$ $P = ۰/۵۹$ | ۱ / ۷۲ \pm ۰ / ۸ | ۱ / ۷ \pm ۰ / ۷ | تعداد فرزندان |
| $t = ۰/۷۶$ $P = ۰/۴۴$ | ۳۰۳۲ / ۳ \pm ۲۷۱ | ۳۰۹۲ / ۳ \pm ۴۶۳ | وزن تولد کودک |

درک موقعیت، سازگاری عاطفی، الگوسازی) بلافاصله و سه ماه بعد نسبت به قبل از مطالعه تفاوت معنی داری در دو گروه مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$). تغییرات سازه ی محیط در این مطالعه بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مطالعه تفاوت معناداری نداشت ($p < ۰/۰۵$) نتایج آزمون فریدمن نیز نشان داد طی مطالعه کلیه ی سازه های نظریه شناختی اجتماعی در گروه آزمون افزایش معناداری طی مداخله داشته است ($p < ۰/۰۵$) (جدول ۴).

در این مطالعه کلیه ی متغیرها و سازه های نظریه شناختی- اجتماعی به جز متغیر وزن در هر سه مرحله ی قبل، بلافاصله و مرحله ی پیگیری توزیع غیر نرمال داشتند. نتایج آزمون های بین گروهی نشان داد هیچ یک از متغیرهای تحت مطالعه در مرحله ی قبل از مطالعه، تفاوت معنی دار نداشتند اما تغییرات نمرات سازه های نظریه شناختی اجتماعی (آگاهی، انتظار پیامد، ارزش پیامد، خودکارآمدی وظیفه، خودکارآمدی غلبه بر موانع، خود تنظیمی،

جدول ۴. تغییرات میانه و دامنه میان چارکی سازه های نظریه شناختی اجتماعی در گروه های آزمون و کنترل، قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

| متغیر | گروه آزمون (دامنه میان چارکی) میانه | گروه کنترل (دامنه میان چارکی) میانه | (من ویتنی) P-value |
|--------------------------|---|---|------------------------------|
| آگاهی | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۱ (۲) | $Z = -4/50.2$ $P < 0.001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۲) | $Z = -4/54.1$ $P < 0.001$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 52/417$ $P < 0.001$ | $X^2 = 0/15$ $p = 0.002$ |
| انتظار پیامد | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۳ (۱) | $Z = -5/89$ $p < 0.001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۳ (۲) | $Z = -6/29$ $p < 0.001$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 52/417$ $P < 0.001$ | $X^2 = 12/15$ $p = 0.002$ |
| ارزش پیامد | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۱ (۱) | $Z = -5/71$ $p < 0.001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۰) | $Z = -5/33$ $p < 0.001$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 56/30$ $p < 0.001$ | $X^2 = 2/81$ $p = 0.24$ |
| خودکارآمدی وظیفه | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۰ (۰) | $Z = -3/45$ $p = 0.001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۱ (۰) | $Z = -3/0.3$ $p = 0.002$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 25/34$ $p < 0.001$ | $X^2 = 1/0.4$ $p = 0.59$ |
| خودکارآمدی غلبه بر موانع | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۰) | $Z = -4/8$ $p < 0.001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۰) | $Z = -3/9$ $p < 0.001$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 40/97$ $p < 0.001$ | $X^2 = 2/87$ $p = 0.23$ |
| محیط | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۰) | $Z = -1/45$ $p = 0.145$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۲ (۰) | $Z = -1/32$ $p = 0.186$ |
| | نتیجه آزمون (فریدمن) | $X^2 = 40/97$ $p < 0.001$ | $X^2 = 2/87$ $p = 0.23$ |

| | | | | |
|---------------|---|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| درک موقعیت | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲(۰) | ۰(۰) | $Z = -5/63$ $p < 0/001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۴(۱) | ۰(-۲) | $Z = -6/41$ $p < 0/001$ |
| | نتیجه آزمون(فریدمن) | $X^2 = 39/41$ $p < 0/001$ | $X^2 = 7/54$ $p = 0/023$ | |
| خودتنظیمی | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۴(۲) | ۰(۰) | $Z = -6/09$ $p < 0/001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۳(۲) | -۱(۰) | $Z = -6/38$ $p < 0/001$ |
| | نتیجه آزمون(فریدمن) | $X^2 = 55/07$ $p < 0/001$ | $X^2 = 3/79$ $p = 0/15$ | $Z = -5/63$ $p < 0/001$ |
| الگوسازی | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲(۰) | ۰(۰) | $Z = -3/63$ $p < 0/001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۱(۰) | ۰(-۱) | $Z = -4/05$ $p < 0/001$ |
| | نتیجه آزمون(فریدمن) | $X^2 = 34/71$ $p < 0/001$ | $X^2 = 4/14$ $p = 0/12$ | |
| سازگاری عاطفی | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲(۱) | ۰(۰) | $Z = -6/41$ $p < 0/001$ |
| | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۱(۰) | ۰(-۱) | $Z = -6/77$ $p < 0/001$ |
| | نتیجه آزمون(فریدمن) | $X^2 = 64/58$ $p < 0/001$ | $X^2 = 4/46$ $p = 0/107$ | |

نتایج مطالعه نشان دهنده تفاوت معنادار تغییرات نمره ی رفتار داده‌های تکراری نیز نشان دهنده ی افزایش معنادار نمره ی رفتار مادر(جدول ۵) و میانگین وزن کودک(جدول ۶) بلافاصله و سه ماه بعد نسبت به قبل از مطالعه در گروه آزمون بود. نتایج آزمون

جدول ۵. تغییرات میانه و دامنه میان چارکی رفتار مادر در گروه‌های آزمون و کنترل ، قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

| متغیر | گروه آزمون | | گروه کنترل | P-value (من ویتنی) |
|---|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | (دامنه میان چارکی) میانه | | (دامنه میان چارکی) میانه | |
| تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله | ۲(۰) | ۰(۰) | | $Z = -4/502$ $P < 0/001$ |
| تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله | ۲(۱) | ۰(-۱) | | $Z = -4/541$ $P < 0/001$ |
| نتیجه آزمون(فریدمن) | $X^2 = 34/41$ $p < 0/001$ | $X^2 = 5/43$ $p = 0/06$ | | |

جدول ۶. تغییرات میانگین و انحراف معیار وزن کودک در گروه‌های آزمون و کنترل، قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله

| P-value (تی مستقل) | گروه کنترل | | متغیر |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| | میانگین \pm انحراف معیار | میانگین \pm انحراف معیار | |
| $t=8/28$ $p<0/001$ | ۱۶۲/۸ \pm ۹۴/۹ | ۳۱۹/۱۴ \pm ۸۸/۷ | تغییرات بلافاصله نسبت به قبل مداخله |
| $t=6/72$ $p<0/001$ | ۵۵۵/۹۷ \pm ۲۸۴/۹ | ۹۸۱/۷۰ \pm ۳۷۲/۴ | تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله |
| | $f=158/445$ $p<0/001$ | $f=351/750$ $p<0/001$ | نتیجه آزمون (repeated measures) |

بحث

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد، مداخله‌ی آموزشی باعث افزایش معنی دار نمرات سازه‌های این نظریه به جز سازه محیط در گروه آزمون شده است. سازه‌های خودکارآمدی، ارزش پیامد و آگاهی در مطالعات انجم شعا و همکاران (۲۱)، عباسیان و همکاران (۲۲)، صفوی و همکاران (۲۳) و رولینگ و هانگ (۲۴) بعد از مداخله افزایش معنی دار داشت و با یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر همسو بود. سازه‌ی خودتنظیمی در مطالعات برانسونکوم و شارما (۲۵) با عنوان پیشگویی کننده‌های مصرف میان وعده در میان کودکان با استفاده از نظریه شناختی اجتماعی و انجم شعا و همکاران (۲۱) افزایش یافت ولی در مطالعه‌ی رنگرت و همکاران (۲۶) با عنوان ارزشیابی مداخله آموزشی بر اساس نظریه شناختی اجتماعی در ارتقای فعالیت جسمی افزایش نیافت. کوتاه بودن مرحله‌ی پیگیری در این مطالعه که یکماه در نظر گرفته شده بود یا عدم همکاری فراگیران پس از مداخله، احتمالاً دلیل عدم افزایش این سازه در این مطالعه بوده است.

میانگین سازه انتظار پیامد در مطالعه‌ی انجم شعا و همکاران (۲۱) افزایش یافت اما در مطالعه‌ی عباسیان و همکاران (۲۲) افزایش معنی دار نداشت. به نظر می‌رسد متفاوت بودن شرایط سنی، نوع گروه هدف و نوع مداخله در این مطالعه دلیل احتمالی این موضوع می‌تواند باشد. زیرا گروه هدف در مطالعه‌ی عباسیان، نوجوانان بوده که برخلاف بزرگسالان به آینده و نتیجه‌ی رفتار در آینده توجهی ندارند (۲۲) ولی گروه هدف در مطالعه‌ی حاضر، مادر هستند که ضمن اینکه دوران نوجوانی را طی کرده و وارد جوانی و بزرگسالی

شده‌اند، به دلیل اهمیت به سلامت و رشد فرزندشان به عواقب رفتار خود توجه بیشتری نشان می‌دهند.

سازه الگو سازی در مطالعه‌ی نجیمی و همکاران (۲۷) با عنوان همبستگی مصرف میوه و سبزی با سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی در دانش آموزان با مطالعه‌ی ما همسو بود ولی این سازه در مطالعات کریمی و همکاران (۱۸) و عباسیان و همکاران (۲۲) افزایش نیافت. در مطالعه‌ی عباسیان، احتمالاً به دلیل کاهش دریافت میوه و سبزی توسط والدین یا نداشتن دقت کافی مقیاس به کار رفته برای ارزیابی الگوسازی، این سازه افزایش نیافت (۲۲). سازه درک موقعیت در مطالعه‌ی بال و همکاران (۲۸)، انجم شعا و همکاران (۲۱)، با نتیجه‌ی مطالعه‌ی ما همسو بود. در مطالعه‌ی حاضر، سازه محیط بعد از مداخله تغییر معنی داری در دو گروه نداشت. با توجه به عدم همکاری و شرکت همسران در جلسات آموزشی، از طرفی با توجه به اینکه بیش از نیمی از خانواده‌ها در این مطالعه درآمد کمتر از ۲ میلیون تومان در ماه داشتند و از آن جا که این دو عامل مؤثر بر سازه محیط هستند، امکان مداخله‌ی مؤثر در این زمینه فراهم نشد. هر چند در این مطالعه تلاش شد با تشکیل کانال تلگرامی با حضور همسران و ارسال پیام‌های مرتبط در این زمینه، درگیر نمودن همسران در انجام تکالیف مربوط به کلاس آموزشی، حمایت همسران را جلب کرد ولی این راهکار در ارتقای سازه محیط در گروه آزمون نسبت به کنترل مؤثر نبود. این نتیجه با مطالعه‌ی عباسیان و همکاران همسو بود، در این مطالعه

مثبت آموزش بر وزن کودک بود. یافته‌های مطالعه ی حسین و رحمان با عنوان نقش آموزش والدین در کاهش شیوع سوء تغذیه در بنگلادش نشان داد آموزش مادر به طور معنی داری با کاهش شیوع سوء تغذیه کودکان ارتباط دارد (۱). در مطالعه ی کشفی و جیحونی (۳۱)، ماذنی و همکاران (۳۴)، صلواتی و همکاران (۳۲) نیز میانگین وزن کودکان در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش معنی داری داشته است. مطالعه ی زیگری چنج^۲ نشان داد آموزش مادر عامل مؤثر بر رشد کودکان ۱۲ ماهه مناطق روستایی چین به شمار می‌رود و آموزش در مراحل ابتدای کودکی، رشد جسمی کودکان را در سنین بعدی بهبود بخشد (۳۵). در مطالعه ی میلر^۳ و همکاران در نپال نیز با عنوان اثر تقویت سطح آموزش زنان بر مبنای مداخلات مبتنی بر معیشت بر رشد کودکان نشان داد، آموزش زنان و مادران بیشترین تأثیر را بر رشد کودک داشته است (۳۶). با توجه به اثرات رفتارهای تغذیه ای مادران بر سلامت و رشد کودکان و با توجه به اینکه ذائقه ی کودک از ابتدای کودکی شکل می‌گیرد که بر تغذیه و سلامت بزرگسالی فرد مؤثر می‌باشد، لازم است برنامه‌های آموزشی مداخله ای جهت اصلاح و رفتارهای نامطلوب غذایی مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماه طراحی و اجرا شود. همانند سایر مطالعات این مطالعه نیز محدودیت هایی به همراه داشت. وضعیت معیشتی و اقتصادی خانواده ها، یکی از عوامل مؤثر بر رشد کودکان است که تحت کنترل محقق نبود. با برگزاری مباحثی در رابطه با جانشین شونده های مناسب تغذیه ای و معرفی غذاهای با ارزش غذایی یکسان ولی ارزانتر، سعی شد تا این محدودیت تا حدودی مرتفع شود. حضور برخی مادران به همراه کودکان در برخی جلسات آموزشی با وجود تأکید بر حضور بدون فرزند، گاهی موجب بی نظمی در جلسه و عدم تمرکز کافی مادران می شد که با تشکیل کانال تلگرامی و ارسال نکات مهم جلسات سعی شد این محدودیت رفع شود. تفاوت در سطوح شناختی و روانی شرکت کنندگان در گروه آزمون و کنترل که امکان همگن نمودن آن ها از این جهت دشوار بود.

نیز رایگان نبودن میوه و سبزی عرضه شده (هزینه) و نیز کاهش فراهمی آن در خانواده با توجه به اینکه والدین مسئول خرید مواد غذایی در خانه هستند، دلایل احتمالی عدم افزایش این سازه ذکر شده است (۲۲). سازه محیط در مطالعات امینی و همکاران (۲۹) و انجم شعا و همکاران (۲۱) افزایش یافت.

در نتایج این پژوهش حاکی از آن بوده که نمره ی سازگاری عاطفی در طول مطالعه در گروه آزمون، اختلاف معناداری پیدا کرده است. اما اختلاف میانه ی این سازه در گروه کنترل معنادار نبود که مبین این است که برنامه آموزشی طراحی شده باعث ارتقای این سازه شده است. شاپیرو و همکاران نیز در مطالعه ی خود نشان دادند آموزش در دانشجویان رشته ی روانشناسی توانست استرس این افراد را کاهش دهد. (۳۰)

یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با متغیر رفتار مادر نشان دهنده ی تأثیر مثبت آموزش بر رفتار مادر بود. مطالعه ای که با عنوان آموزش پایش رشد تنظیم شده بر اساس الگوی پرسید به مادران در پیشگیری از اختلال رشد کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه توسط کشفی و جیحونی انجام شد، نشان داد میانگین امتیاز عملکرد مادران در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش معنی داری داشته است (۳۱). نتایج بررسی انجام شده توسط عباسیان و همکاران نشان داد در پایان مداخله، دریافت میوه و سبزی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود (۲۲). در پژوهش رولینگ و هانگ، سازه های نظریه شناختی اجتماعی نقش موثری بر رفتار تغذیه ای کودکان داشت (۲۴). صلواتی و همکاران، انجم شعا و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند آموزش با تأکید بر رفتار تغذیه ای موجب بهبود عملکرد مادران شده است (۳۲). نتایج مطالعه ی آریکپو^۱ و همکاران نیز نشان دهنده ی تأثیر آموزش بر بهبود روش های تغذیه تکمیلی در کودکان زیر ۲۴ ماه بود (۳۳). در مطالعه ی انجم شعا و همکاران نیز، عملکرد تغذیه ای مادران دارای کودک ۶ تا ۲۴ ماه، پس از مداخله آموزشی افزایش معناداری یافت (۲۱). یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با متغیر وزن کودک نشان دهنده ی تأثیر

2. Zixi cheng
3. Miller

1. Arikpo

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاضر، مداخله‌ی آموزشی بر مبنای سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی موجب بهبود رفتار مادران و وزن کودکان و نیز سازه‌های نظریه در گروه آزمون شد. چنانچه مداخلات آموزشی جهت آموزش مادران کودکان دارای اختلال رشد با بهره‌گیری از نظریه شناختی اجتماعی که بر عوامل فردی، شناختی، محیطی و رفتاری تاکید دارد، طراحی و اجرا شوند کارایی بیشتری خواهند داشت و از طریق تغییر در سازه‌های آن باعث ارتقای رفتار تغذیه‌ای مادران و بهبود رشد کودکانشان خواهد شد. به منظور بررسی دقیق‌تر میزان موفقیت و ماندگاری این روش، مطالعاتی جهت مادران دارای کودک با رشد قندی نامطلوب (که نشان دهنده‌ی سوء تغذیه مزمن است) یا مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد در سنین بالای یکسال (با توجه به اینکه بعد از یکسالگی تاثیر غذا نسبت به شیرمادر بر

رشد کودک بیشتر است) یا مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد با بیماری‌های خاص پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد. کد اخلاق این مطالعه IR.MUMS.REC.1397.028 در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ثبت شده است و کد تأیید آن IRCT20160917029843N12 در سایت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. از همکاری مسئولین معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مراقبین پایگاه‌های سلامت و مادران شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Amel Barez M, Maleki Saghouini N, sharifi F, Esmaily H, Babazadeh R. Investigation the relationship between self-esteem and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers referring to Mashhad medical centers. *Journal of Health Literacy*. 2020;5(3):36-45.
2. Williams AM, Suchdev PS. Assessing and improving childhood nutrition and growth globally. *Pediatric Clinics*. 2017;64(4):755-68. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.03.001>
3. Hazavehi m, Taheri m, Moeini b, Roshanaei g. Investigating causes of the infants' growth disorder (6-12 months) in Hamadan health centers based on Health Belief Model. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2013;21(3):68-76.
4. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics*. 2018;141(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3716>
5. Moradi F, Babazade T, Zebae N. Impact of Educational Intervention on Mothers Empowerment about Proper Nutrition among Infants under 2 years of age Covered By Health Homes of District 18 of Tehran Municipality. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(3):242-50.
6. Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. *The lancet*. 2012;379(9832):2206-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60685-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60685-0)
7. Organization WH. UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2020 edition. 2020.
8. Khabiri R, Khosravi A, Elahi E, Khodayari Moez E, Rashidian A. Maternal Health Care based on Iran' Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS-2010). *Hakim Research Journal*. 2014;17(1):67-77.
9. Abdalmaleki E, Abdi Z, Gohrimehr M, Alvandi R, Riazi Isfahani S, Ahmadnezhad E. Multiple Indicator Cluster Survey and Demographic and Health Survey in the Eastern Mediterranean Region: What Is the Iran's Situation in Terms of Implementation? *Iranian Journal of Epidemiology*. 2020;16(2):108-21.
10. Wagstaff A, Watanabe N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. *The World Bank*; 2000. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-2434>
11. Keane E, Layte R, Harrington J, Kearney PM, Perry IJ. Measured parental weight status and familial socioeconomic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS One*. 2012;7(8):e43503. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043503>
12. Abbott MB, Vlasses CH. Nelson textbook of pediatrics. *Jama*. 2011;306(21):2387-8.

- <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1775>
13. van Ansem WJ, Schrijvers CT, Rodenburg G, van de Mheen D. Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0113-0>
 14. Karen Glanz BKV, Sons JW. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4, editor2008. p.592
 15. Nutbeam D, Harris E, Wise W. *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*: McGraw-Hill; 2010
 16. Bashirian S, Jalili M, Karimi-shahanjarini A, Soltanian A, Barati M. Effectiveness of Educational Program Based on Social Cognitive Theory Constructs to Promote Nutritional Behaviors among Pregnant Women in Tabriz. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2017;12(3):1-10.
 17. Peyman N, Mahdizadeh M, Taghipour A, Esmaily H. Using of social cognitive theory: predictors of physical activity among women with diabetestype 2. *Journal of Research and Health*. 2013;3(2):345-54
 18. Karimi- Shahanjarini A, Sharifi M, Bashirian S, Moghimbeigi A. Determinants of Healthy Snacks Choice by Mothers of 1-5 years old children in Hamadan Based on Social Cognitive Theory (SCT). *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2015;9(4):19-26.
 19. LarsonNI, Neumark-SztainerDR, StoryMT, WallMM, Harnack LJ, Eisenberg ME. Fast food intake: longitudinal trends during the transition to young adulthood and correlates of intake. *Journal of adolescent health*. 2008;43(1):79-86. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.12.005>
 20. Golshiri P, Sharifirad G, Baghernezhad F. Comparison of two methods of education (lecture and self learning) on knowledge and practice of mothers with under 3 year old children about growth monitoring and nutritional development stages. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;10(5):927-36.
 21. Anjomshoa H, Mirzai M, Iranpour A. The Application of Social Cognitive Theory on Mothers' Feeding Practices for Children Aged 6 to 24 Months old in Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2018;6(7):7983-97.
 22. Abbasian F, Omidvar N, Bondarianzadeh D, Rashidkhani B, Shakibazadeh E, Hashemi B. Effect of a school-based intervention based on social cognitive theory on fruit and vegetable consumption in middle school students in Tehran. *Journal of hayat*. 2012;17(4):73-84.
 23. Yahyavi SH, Pourrahimi M. Impact of dietary behaviors and exercise activities education on the self-efficacy of middle school students. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch*. 2012;22(2):143-51.
 24. Rolling TE, Hong M. The effect of social cognitive theory-based interventions on dietary behavior within children. *J Nutrition Health Food Sci*. 2016;4(5):1-9.. <https://doi.org/10.15226/jnhfs.2016.00179>
 25. Branscum P SM. Predictors of Snack Food Consumption Among Upper Elementary Children Using Social Cognitive Theory. *Journal of Social, Behavioral and Health Sciences*. 2011;5(1):23-37.
 26. Rengert, Julie "Development and Evaluation of a Social Cognitive Theory-Based Exercise Intervention in Firefighters: 5-ALARM Fitness Program." *Electronic Thesis or Dissertation*. Ohio State University, 2011. <https://etd.ohiolink.edu/>
 27. Arash Najimi, Mohtasham Ghaffari, Masoume Alidousti. Social cognitive correlates of fruit and vegetables consumption among students: a cross-sectional research. *Pajoothane*. 2012;17(2):81-6.
 28. Ball K, Bauman A, Leslie E, Owen N. Perceived Environmental Aesthetics and Convenience and Company Are Associated with Walking for Exercise among Australian Adults. *Preventive Medicine*. 2001;33(5):434-40. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0912>
 29. Amini Moridani M, Tol A, Sadeghi R, Mohebbi B, Azam K. Assessing the Effect of Family-based Intervention Education Program on Perceived Social Support among Older Adults with Type 2 Diabetes: Application of Social Cognitive Theory. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(3):30-40.
 30. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*. 2007;1(2):105-15. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
 31. Kashfi SM, Khani Jeyhouni A. Mothers' educational program based on the precede model on the prevention of growth retardation in 6 to 12-month old children in the health centers of Shiraz city, Fars Province, Iran: An Interventional Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012;9(3):55-62.
 32. Salavati Ghasemi S, Cheraghi F, Hasan Tehrani T, Moghimbeigi A. The effect of mothers' feeding behavior education on eating habits of their toddler children in Hamadan kindergartens. *Iranian Journal of Pediatric*

- Nursing. 2015;2(2):68-79.
33. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. Cochrane database of systematic reviews. 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011768.pub2>
34. Mazani M HAY, Nemati A, Mash'oufi M, Mahdavi R. Comparing the Effectiveness of Attendance and Non Attendance Education of Health Workers on Knowledge of Mothers and Anthropometric Changes of Infants. journal of health. 2012;3(1):74-86.
35. Cheng Z, Shi L, Li Y, Wang Y, Zhang J. Using structural equation modelling to assess factors influencing children's growth and nutrition in rural China. Public health nutrition. 2018;21(6):1167-75. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003494>
36. Miller LC, Joshi N, Lohani M, Rogers B, Mahato S, Ghosh S, et al. Women's education level amplifies the effects of a livelihoods-based intervention on household wealth, child diet, and child growth in rural Nepal. International journal for equity in health. 2017;16(1):183. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0681-0>