

MOTHERS EMPOWERMENT

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

ABSTRACT

Background and objective: Due to the importance of breastfeeding and eating habits formed and beginning complementary feeding in the first two years of life, this period is the most important period for child growth and development. The purpose of this study was to determine the effect of education on empowering mothers about correct nutrition among infants less than two years in the health homes of district 18 of Tehran Municipality.

Methods: This study was a quasi-experimental study. Samples were selected using multi-stage sampling. Researcher-made questionnaire was used to collect data. After confirming the validity and reliability ($\alpha=0.82$), control and intervention groups selected and data were collected. Then three educational sessions were held using educational tools such as boards and educational methods questions and answers to the intervention group. Three months after the intervention data were collected and analyzed using of descriptive statistics and independent T and paired T.

Results: Before the intervention, the mean scores, among intervention group, of knowledge 13.30, attitude 24.99 and behavior 13.97 and after the intervention increased to 14.92, 27.45 and 14.39, respectively. Also mean score of knowledge, attitude and behavior of the control group before the intervention were 13.2, 23.70 and 13.59 and after the intervention were 13.24, 24.47 and 13.45, respectively.

Conclusion: According to the result of this study, education can be used as an effective tool in the promotion of knowledge, attitude and practice of child nutrition.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Mothers Empowerment, Educational programs, Children, Health homes, Breastfeeding mothers, Tehran municipality.

► **Citation:** Babazade T, Moradi M, & Zibae 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. Autumn 2014;2(3):242-250.

Tohid Babazade

PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences (TUOMS), Tabriz, Iran.

Fatemeh Moradi *

M.A. in Urban Management, Senior Expert in Director General Office of Health, Tehran Municipality, Tehran, Iran. (Corresponding Author) moradi20294@yahoo.com

Nayereh Zibae

M.A. in Urban Management, Senior Expert in Director General Office of Health, Tehran Municipality, Tehran, Iran.

Received: 6 Aug 2014

Accepted: 15 Nov 2014

تأثیر مداخله آموزشی بر توانمندسازی مادران درباره تغذیه مناسب کودکان زیر دو سال تحت پوشش خانه‌های سلامت منطقه ۱۸ تهران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت تغذیه کودک با شیر مادر و شکل گرفتن عادات غذایی و شروع تغذیه تکمیلی در دو سال اول زندگی، این دوره سنی مهم‌ترین دوران رشد و تکامل کودک محسوب می‌شود. هدف از این پژوهش تعیین تأثیر آموزش بر توانمندسازی مادران در مورد تغذیه صحیح در کودکان صفر تا ۲ سال در خانه‌های سلامت منطقه ۱۸ تهران بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی بود. نمونه‌های مورد مطالعه به صورت تصادفی چندمرحله‌ای از خانه‌های سلامت انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. پس از تأیید روایی و پایایی با آزمون آلفا کرونباخ ($\alpha = 0/82$) گروه کنترل و مداخله انتخاب و داده‌ها گردآوری شد. سپس ۳ جلسه آموزشی، با استفاده وسایل آموزشی مثل تخته وایت‌برد و روش‌های آموزشی پرسش و پاسخ برگزار شد. ۳ ماه پس از اجرای مداخله اطلاعات از گروه‌ها جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تی زوجی و مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله در گروه مداخله، میانگین نمرات آگاهی ۱۳/۳۰، نگرش ۲۴/۹۹ و رفتار ۱۳/۹۷ بود و بعد از مداخله به ترتیب به ۱۴/۹۲، ۲۷/۴۵ و ۱۴/۳۹ افزایش یافته بود. همچنین میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار گروه کنترل، قبل از مداخله به ترتیب ۱۳/۰۲، ۲۳/۷۰ و ۱۳/۵۹ و بعد از مداخله به ترتیب ۱۳/۲۴، ۲۴/۴۷ و ۱۳/۴۵ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه آموزش می‌تواند به عنوان ابزاری اثربخش برای ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به تغذیه کودکان باشد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی زنان، مداخله آموزشی، کودک، خانه سلامت، مادران شیرده، شهرداری تهران.

◀ **استناد:** بابازاده ت، مرادی ف، زیبایی ن. تأثیر مداخله آموزشی بر توانمندسازی مادران درباره تغذیه مناسب کودکان زیر دو سال تحت پوشش خانه‌های سلامت منطقه ۱۸ تهران. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. پاییز ۱۳۹۳؛ ۲(۳): ۲۴۲-۲۵۰.

توحید بابازاده

دانشجوی دکترای آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

فاطمه مرادی*

*کارشناس ارشد مدیریت شهری و کارشناس مسئول اداره کل سلامت شهرداری تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن ثابت: ۸۲۱۰۶۳۶۲ و رایانامه: moradi20294@yahoo.com

نیره زیبایی

کارشناس ارشد مدیریت شهری و کارشناس مسئول اداره کل سلامت شهرداری تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۱۵

مقدمه

کودکان آینده یک جامعه را تشکیل می‌دهند و نشاط و تندرستی هر جامعه‌ای در تمام ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در سایه تأمین سلامت کودکان امروز تحقق خواهد یافت. بر اساس مطالعات صورت گرفته دو سال اول زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱-۴) و مهم‌ترین دوران رشد و تکامل کودک محسوب می‌شود. از این رو، تغذیه کودک در این دوران نقش قابل توجهی در عملکرد جسمی، روحی و اجتماعی او در سال‌های بعدی زندگی ایفا خواهد کرد. به طوری که ثابت شده است تغذیه نامناسب کودکان با کاهش مقاومت در برابر عفونت‌ها موجب افزایش بیماری و مشکلات جسمی و روحی آنان می‌شود. سوءتغذیه پروتئین-انرژی در کودکان ۶ ماه تا ۲ سال با عواملی مانند از شیرگیری زود هنگام، تأخیر در شروع تغذیه تکمیلی و برخورداری از رژیم غذایی کم پروتئین و بسیاری از عفونت‌ها مرتبط است (۵-۷). در اکثر موارد، شیرخواران در سنین ۳ تا ۶ ماهگی رشد طبیعی دارند. در دوران از شیرگیری و شروع غذای کمکی رشد شیرخوار دچار اختلال و وقفه می‌شود؛ که می‌تواند منجر به کوتاهی قد و لاغری گردد. شروع نکردن به موقع تغذیه تکمیلی شیرخوار از عوامل مهم تأخیر رشد است (۸). شروع کردن تغذیه تکمیلی قبل از ۴ ماهگی می‌تواند باعث اسهال، آلرژی و کاهش رشد شیرخوار گردد؛ زیرا به دلیل تکامل نیافتن دستگاه گوارش شیرخوار قبل از ۴ ماهگی، شیرخوار نمی‌تواند غذای مکمل بخورد. به دلیل ناکافی بودن شیر مادر در رفع احتیاجات شیرخوار، شروع تغذیه تکمیلی دیرتر از زمان تعیین شده نیز به سوءتغذیه و در نهایت کندي و توقف رشد منجر می‌شود (۹، ۸).

سلامت، رشد و تکامل کودکان ارتباط مستقیمی با تغذیه آنان دارد. سوءتغذیه کودکان نیز مشکل شایعی در کشورهای در حال توسعه است. با رشد کودک و تحرک بیشتر او، شیر مادر به تنهایی نمی‌تواند نیازهای تغذیه‌ای کودک را تأمین کند. لذا دادن غذای کمکی برای تأمین احتیاجات کودک ضروری است. در طول دوره تغذیه تکمیلی، شیرخوار به غیر از خوردن شیر مادر به غذای بزرگسالان نیز عادت می‌کند و در پایان

این دوره، شیر مادر با غذای کمکی جایگزین می‌شود. غذای کمکی باید موقعی شروع شوند که شیرخوار دیگر نمی‌تواند مقادیر کافی انرژی و مواد مغذی را با شیر مادر به تنهایی کسب کند. این زمان، در ۶ ماهگی است و با زمانی که اعصاب و ماهیچه‌های دهان شیرخوار به حد کافی تکامل یافته است یا قادر به جویدن و گاز گرفتن باشد مقارن است. شیرخوار شروع به دندان درآوردن می‌کند و می‌تواند چیزهایی را به سمت دهانش ببرد و آماده پذیرش طعم‌های جدید است. الگوی مناسب غذای کمکی باید سرشار از انرژی، پروتئین، آهن، روی، کلسیم، ویتامین ث، آ و فولات (ب ۹)، تمیز و سالم و فاقد هرگونه افزودنی باشد. این نوع غذاها باید به آسانی تهیه شده و توسط کودک خورده شوند. غذای کمکی را نیز باید با حجم کم، به طور مثال یک قاشق مرباخوری، شروع کرد و به تدریج افزایش داد (۱۰).

در اوایل کودکی کنترل کودک بر روی عادات غذایی خود به سرعت افزایش می‌یابد. بنابراین، والدین باید در مورد تغذیه مناسب کودک و ایجاد محدودیت‌های مناسب در تغذیه وی اطلاعات لازم را به دست آورند (۱۱). آموزش عادات مطلوب غذا خوردن و رفتارهای صحیح تغذیه‌ای سبب ماندگاری این عادات تا بزرگسالی می‌گردد (۱۲). والدین نیز باید رفتار تغذیه‌ای صحیح کودک را به کودکان خود آموزش دهند و محیط مطلوبی برای تغذیه کودک فراهم آورند (۱۳). بنابراین، از نظر ایجاد الگوهای مناسب رفتارهای تغذیه‌ای دوران کودک دوره‌ای بحرانی است. رفتارهای تغذیه‌ای در این سن به طور مستقیم تحت تأثیر خانواده و تعامل کودک با محیط زندگی و خانواده‌اش است (۱۴). به ویژه سال‌های اولیه زندگی که کودک مستقیماً تحت تأثیر اعتقادات، نگرش، فرهنگ و سنت‌های خانواده قرار دارد و بررسی الگوهای مناسب رفتارهای تغذیه‌ای والدین به خصوص مادر نقش مهمی در تغذیه کودکان دارد (۱۵). آگاهی مادران از نحوه صحیح ایجاد رفتارهای مناسب تغذیه‌ای تأثیر مستقیمی بر کیفیت تغذیه کودکان دارد (۱۶).

مطالعات مختلفی در جهان و ایران در رابطه با تأثیر آموزش در شیردهی موفق انجام شده که همگی به طور کلی گویای تأثیر

موجود، حدود ۱۹۰ مادر دارای کودک ۰ تا ۲ سال به هر خانه سلامت مراجعه می‌کنند. برای انتخاب خانه‌های سلامت از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد. یعنی به‌طور تصادفی ۸ خانه سلامت به عنوان گروه کنترل و ۸ خانه سلامت به عنوان گروه مداخله انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی از بین ۸ خانه سلامت گروه کنترل و مداخله، یکی از گروه کنترل و یکی دیگر از گروه مداخله برای آغاز پژوهش انتخاب شدند. مادران نیز به‌طور تصادفی از روی پرونده‌های موجود در خانه سلامت انتخاب شدند. با توجه به اینکه گروه‌های کنترل و مداخله از خانه‌های سلامت جدا انتخاب شدند، تداخلی بین گروه‌های کنترل و مداخله دیده نشد. حجم نمونه لازم، با توجه به مطالعه مشابه انجام‌شده (۲۳)، ۱۱۹ نفر و با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش ۱۴۳ نفر برای هر گروه برآورد گردید. در نهایت، ۱۲۸ نفر در گروه مداخله و ۱۳۴ نفر در گروه کنترل به‌طور کامل و صحیح مطالعه را به پایان رساندند. علت ریزش نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل، نقل مکان کردن از منطقه مورد مطالعه بود.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده گردید. این ابزار از دو بخش تشکیل یافته بود: (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، پایه تحصیلی، تحصیلات همسر، شغل و شغل همسر) و (۲) پرسشنامه محقق‌ساخته سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد تغذیه کودکان ۰ تا ۲ سال. برای سنجش شفافیت و روشنی پرسشنامه، نظر اساتید تغذیه و آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت گرفته شد. برای سنجش پایایی، پرسشنامه با روش آزمون - بازآزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین ترتیب پرسشنامه مورد نظر دو بار به فاصله ۲ هفته توسط ۲۰ نفر از مادران دارای کودک زیر سال، که به عنوان نمونه مطالعه نبودند، تکمیل شد و میزان آلفای کرونباخ $\alpha = 0/82$ به دست آمد. برای سنجش آگاهی ۱۰ سؤال ($\alpha = 0/87$)، نگرش ۱۰ سؤال ($\alpha = 0/76$) و عملکردی ۱۰ سؤال ($\alpha = 0/84$) طراحی شد. حداکثر امتیاز سؤالات آگاهی (به‌طور مثال، غذای کمکی را برای کودک از چه زمانی شروع کرده‌اید؟) ۳۰ و حداقل ۱۰ بود؛ برای پاسخ درست = ۳ امتیاز، نظری ندارم = ۲ امتیاز و پاسخ نادرست = ۱ امتیاز لحاظ گردید. برای نگرش (به اعتقاد من شروع تغذیه تکمیلی همراه با شیر مادر از ۶ ماهگی برای

مثبت آموزش بوده‌اند (۱۷-۱۸). در مطالعه نیمه‌تجربی و آینده‌نگر شریفی‌راد و همکاران در سال ۱۳۸۸، مداخله آموزشی باعث افزایش آگاهی و بهبود نگرش مادران باردار درباره تغذیه کودکان شده بود (۱۹). همچنین در مطالعه نیمه‌تجربی هورودینسکی و همکاران تحت عنوان «بررسی آموزش تغذیه در تنظیم عادات غذایی کودکان نوپا»، به‌طور تصادفی ۵۳ خانواده در گروه کنترل و ۴۳ خانواده در گروه مداخله قرار دادند. نتایج مداخله آن‌ها نشان داد که میزان آگاهی گروه مداخله، بعد از مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (۲۰). علاوه بر این، در مطالعه دیگری از هورودینسکی و همکاران با هدف آموزش تغذیه مبتنی بر کودک نوپا، ۱۹ خانواده در گروه آزمون و ۳۸ خانواده در گروه کنترل قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های مطالعه، بعد از مداخله آموزشی آگاهی تغذیه و نگرش والدین در گروه مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته است (۲۱).

با توجه به این که آگاهی، نگرش و باورهای تغذیه‌ای در انتخاب غذاها نقش دارد و با پذیرش این که نگرش و رفتار تغذیه‌ای افراد تحت تأثیر آگاهی‌های آنان است (۲۲)، قرار شد تا با استفاده مداخله آموزشی، آگاهی مادران افزایش و نگرش آنان نسبت به تغذیه صحیح کودکان بهبود و رفتار تغذیه‌ای مادران درباره تغذیه کودکان، تغییر یابد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تأثیر اجرای برنامه آموزشی بر توانمندسازی مادران در مورد تغذیه صحیح کودکان ۰ تا ۲ سال در خانه‌های سلامت تحت پوشش منطقه ۱۸ شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی بود که در سال ۱۳۹۲ در شهر تهران انجام شد. جامعه آماری این مطالعه مادران کودکان زیر ۲ سال مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه ۱۸ تهران بودند. خانه‌های سلامت، مراکزی هستند که با استقرار در محله‌های مختلف شهر تهران، سطح سلامت ساکنان را از طریق ارتقای آگاهی‌های شهروندان، توانمندسازی و جلب مشارکت آنان و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی در سطح آن محله ارتقاء می‌دهند. تعداد خانه‌های سلامت در منطقه پژوهش ۱۶ باب بودند. بر اساس آمار

کودک مفید است) حداکثر ۵۰ و حداقل ۱۰ (مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای) و سؤالات عملکردی (مثال: آیا به کودک بیشتر از ۶ ماهه، علاوه بر شیر مادر، غذای کمکی هم می‌دهید) دارای حداکثر ۲۰ و حداقل ۱۰ (پاسخ بلی=۲ امتیاز و خیر=۱ امتیاز) بود. معیار دسته‌بندی افراد در دسته‌های ضعیف، متوسط و خوب، چارک‌ها بود. بدین ترتیب که چارک اول ضعیف، چارک دوم متوسط و چارک سوم خوب در نظر گرفته شد.

پس از گردآوری داده‌ها از گروه‌های مداخله و کنترل، برنامه آموزشی برای گروه مداخله طراحی و اجرا شد. مداخله به صورت ۳ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای، همراه با مواد آموزشی مثل تخته وایت‌برد، پمفلت و روش‌های آموزشی پرسش و پاسخ در جلسات، بحث‌های گروهی و ارائه جزوه آموزشی با موضوع اهمیت تغذیه سالم در کودکان، تغذیه کودک با شیر مادر و چگونگی شروع تغذیه تکمیلی شیرخوار اجرا گردید. همچنین پس از پایان مطالعه

پمفلت آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد. در نهایت ۳ ماه پس از مداخله آموزشی داده‌ها جمع‌آوری شد و با هم مقایسه و تجزیه و تحلیل گردیدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماري SPSS20 و با توجه به توزیع نرمال داده‌ها از آزمون‌های آماري توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی)، آزمون تی زوجی برای مقایسه هر گروه قبل و بعد از مداخله و تی مستقل برای مقایسه دو گروه قبل و بعد از مداخله استفاده شد. همچنین در این مطالعه سطح معناداری $p > 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در نهایت، در این مطالعه ۲۶۲ نفر شرکت کردند: ۱۲۸ نفر در گروه مداخله و ۱۳۴ نفر در گروه کنترل. دو گروه از لحاظ داده‌های جمعیتی شامل سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تحصیلی همسر، شغل، شغل همسر و جنسیت کودک همسان بودند (جدول ۱).

جدول ۱. اطلاعات فردی مادران مورد بررسی در دو گروه مداخله و کنترل

دانشگاهی	دبیرستان	راهنمایی	ابتدایی	بی‌سواد		
٪۱۸/۰۰	٪۸/۶	٪۲۷/۳	٪۲۵/۰۰	٪۲۱/۱	مداخله	تحصیلات
٪۲۶/۹	٪۶/۷	٪۲۴/۶	٪۱۷/۲	٪۲۴/۶	کنترل	
٪۱۳/۳	٪۴/۷	٪۴۶/۹	٪۲۸/۹	٪۶/۳	مداخله	تحصیلات همسر
٪۱۵/۷	٪۱۱/۹	٪۳۹/۶	٪۲۳/۹	٪۹/۰۰	کنترل	
	۵۰-۴۰	۴۰-۳۰	۳۰-۲۰	۲۰ >		سن
	٪۷/۱	٪۳۷/۵	٪۲۸/۱	٪۲۷/۳	مداخله	
	٪۵/۲	٪۳۶/۶	٪۳۵/۸	٪۲۲/۴	کنترل	
	٪۱۱/۸	٪۶۹/۵	٪۱۶/۴	٪۲/۳	مداخله	سن همسر
	٪۸/۲	٪۷۳/۹	٪۱۳/۴	٪۴/۵	کنترل	
		بیکار	آزاد	کارمند		شغل همسر
		٪۳/۹	۵۶٪/۳	٪۳۹/۸	مداخله	
		٪۴/۵	٪۵۹/۷	٪۳۵/۸	کنترل	
			خانه‌دار	شاغل		شغل
			٪۸۹/۱	٪۱۰/۹	مداخله	
			٪۸۴/۳	٪۱۵/۷	کنترل	
			دختر	پسر		جنسیت کودک
			٪۳۶/۷	٪۶۳/۳	مداخله	
			٪۷۳/۳	٪۶۲/۷	کنترل	

تجزیه و تحلیل گروه مداخله نشان داد که قبل از مداخله داشتند. اما بعد از مداخله فراوانی افرادی که آگاهی، نگرش و عملکرد خوبی نسبت به تغذیه کودکان خود داشتند، در گروه آن‌ها آگاهی خوبی نسبت به تغذیه کودکان زیر ۲ سال خود مداخله افزایش یافته بود (جدول ۲).

جدول ۲. فراوانی و فراوانی نسبی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد تغذیه کودکان زیر ۲ سال

بعد از مداخله		قبل از مداخله				
درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۱۶/۴	۲۱	۴۷/۷	۶۱	ضعیف	آگاهی	گروه مداخله
۴۶/۱	۵۹	۳۷/۵	۴۸	متوسط		
۳۷/۵	۴۸	۱۴/۸	۱۹	خوب		
۱۵/۶	۲۰	۲۶/۶	۳۴	ضعیف	نگرش	
۵۲/۳	۶۷	۴۶/۱	۵۹	متوسط		
۳۲/۰۰	۴۱	۲۷/۳	۳۵	خوب		
۱۸/۸	۲۴	۲۶/۶	۳۴	ضعیف	عملکرد	
۴۶/۹	۶۰	۴۵/۳	۵۸	متوسط		
۳۴/۴	۴۴	۲۸/۱	۳۶	خوب		
۳۵/۱	۴۷	۵۲/۲	۷۰	ضعیف	آگاهی	گروه کنترل
۵۶/۷	۷۶	۳۵/۸	۴۸	متوسط		
۸/۲	۱۱	۱۱/۹	۱۶	خوب		
۴۱/۸	۵۶	۳۴/۳	۴۶	ضعیف	نگرش	
۲۹/۹	۴۰	۴۴/۸	۶۰	متوسط		
۲۸/۴	۳۸	۲۰/۹	۲۸	خوب		
۳۶/۵	۴۹	۳۰/۶	۴۱	ضعیف	عملکرد	
۵۴/۵	۷۳	۵۳/۰	۷۱	متوسط		
۹/۰	۱۲	۱۶/۴	۲۲	خوب		

جدول ۳. میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار مادران در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

آزمون تی زوجی	میانگین تغییرات		بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
$p > .001$	۳/۱۷	۱/۶۲	۲/۱۹	۱۴/۹۲	۱/۸۶	۱۳/۳۰	مداخله	آگاهی
$p = .0270$	۲/۲۶	۰/۲۲	۱/۶۴	۱۳/۲۴	۱/۸۱	۱۳/۰۲	کنترل	
			$p > .001$		$p = .0228$			آزمون تی مستقل
$p = .013$	۱۱/۰۱	۲/۴۶	۷/۶۹	۲۷/۴۵	۷/۱۷	۲۴/۹۹	مداخله	نگرش
$p = .0346$	۹/۴	۰/۷۶	۷/۴۱	۲۴/۴۷	۶/۷۳	۲۳/۷۰	کنترل	
			$p = .002$		$p = .0137$			آزمون تی مستقل
$p > .001$	۱/۲۸	۰/۴۲	۲/۱۱	۱۴/۳۹	۱/۶۱	۱۳/۹۷	مداخله	رفتار
$p = .0198$	۱/۲۶	-۰/۱۴	۱/۹۱	۱۳/۴۵	۲/۱۶	۱۳/۵۹	کنترل	
			$p > .001$		$p = .0136$			آزمون تی مستقل

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل اختلاف معناداری در میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای در بین گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله آموزشی مشاهده نشد. در حالی که ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمرات آگاهی ($p > 0/001$)، نگرش ($p = 0/002$) و عملکرد ($p > 0/001$) تغذیه‌ای به‌طور معناداری در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، که برای مقایسه تغییرات در دو گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی استفاده شد، پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات آگاهی ($p > 0/001$)، نگرش ($p = 0/013$) و عملکرد ($p > 0/001$) به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود. در حالی که تغییرات صورت گرفته در آگاهی ($p = 0/27$)، نگرش ($p = 0/346$) و عملکرد ($p = 0/198$) افراد در گروه کنترل، معنادار نبود (جدول ۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزش تغذیه توانمندسازی تغذیه‌ای مادران دارای کودک ۰ تا ۲ ساله تحت نظر خانه‌های سلامت منطقه ۱۸ تهران انجام شد. بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش باعث افزایش آگاهی، بهبود نگرش و تغییر رفتار گروه هدف گردید. میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد گروه مداخله قبل از مداخله به ترتیب ۱۳/۳۰، ۲۴/۹۹ و ۱۳/۹۷ بود. ۳ ماه پس از اجرای برنامه آموزشی، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد در افراد گروه هدف مداخله به ترتیب ۱۴/۹۲، ۲۷/۴۹ و ۱۴/۳۹ شده بود. در همین ارتباط، مطالعه‌ای توسط صفرعلی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ با هدف ارتباط آگاهی مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خوی با عملکردشان در مورد وضعیت تغذیه کودکان زیر سه سال انجام پذیرفت. نتایج این مطالعه نشان داد آموزش می‌تواند گامی مهم جهت ارتقاء آگاهی و عملکرد مادران جهت پیشگیری از سوءتغذیه کودکان و حفظ و ارتقاء سلامت افراد داشته باشد؛ که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۴).

نتایج مطالعه گشمرود و همکاران در سال ۱۳۸۵ با هدف تأثیر آموزش تغذیه به مادران بر الگوی غذایی کودکان نوپای ۱۲-۳۰ ماهه نشان داد بین دو گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله از نظر مصرف گوشت، قند و چربی اختلاف معناداری وجود نداشت ولی پس از مداخله از نظر مصرف گوشت، قند و چربی اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده شد (۳).

گلشیری و همکاران مطالعه‌ای با هدف نقش مشارکت مادران در تغییر عملکرد آنان در زمینه رشد و تغذیه کودک در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۲ انجام دادند. در این تحقیق میانگین مجموع نمرات آگاهی مادران، قبل و پس از مداخله به ترتیب ۲۳ و ۳۴ و میانگین نمرات عملکرد آنان قبل و پس از مداخله ۴۷/۳ و ۶۰/۲ بود. افزایش میانگین نمرات صورت گرفته به‌طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود (۲۵).

در مطالعه دیگری گلشیری و همکاران به مقایسه تأثیر آموزش سخنرانی و خودآموز بر آگاهی و عملکرد مادران در مورد روند رشد و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ پرداختند. در این مطالعه نیمه‌تجربی و آینده‌نگر ۱۰۰ مادر ۲۵ تا ۳۰ ساله دارای کودک زیر ۳ سال شرکت داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات آگاهی مادران در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال در گروه‌های سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله به ترتیب ۳۰/۶۶ و ۳۴/۳۳ بود. ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی در گروه سخنرانی و خودآموز در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای به ترتیب ۳۳/۹۶ و ۳۳/۸۰ شد. همچنین میانگین نمرات عملکرد در گروه سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله به ترتیب ۴۵/۰۰ و ۴۴/۲۷ بود و بعد از مداخله به ترتیب ۷۷/۹۱ و ۸۸/۶۶ شد که نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی و عملکرد مادران در مورد تکامل تغذیه‌ای کودکان زیر ۳ سال می‌باشد (۲۶).

نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه صبا و همکاران با هدف تأثیر آموزش بر افزایش میزان شیردهی انحصاری به مادران باردار نیز همسویی دارد و نشان می‌دهد که در گروه مداخله امتیاز عملکرد مادران نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است (۲۷).

تغذیه کودک با شیر مادر، شروع تغذیه تکمیلی و استفاده از مواد غذایی مناسب در این گروه سنی و همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مداخله‌ای برای مادران جهت افزایش آگاهی، بهبود نگرش و تغییر رفتار آنان در خانه‌های سلامت می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. لذا بایستی مادران را به شرکت در کلاس‌های آموزشی و کسب اطلاعات در مورد تغذیه کودکان ترغیب و تشویق کرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه همکارانی که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش به ویژه همکاران اداره سلامت منطقه ۱۸ شهرداری تهران ما را یاری نمودند اعلام می‌داریم.

References:

1. Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML, Organization WH. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia: Ilsi Press Washington^ eDC DC; 1998. [View Link](#)
2. Martorell R, Horta BL, Adair LS, Stein AD, Richter L, Fall CH, et al. Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low-and middle-income countries. *The Journal of nutrition*. 2010;140(2):348-54. [Abstract/FREE Full Text](#)
3. Gashmard R, Kashani nia Z, Sajedi, Rahgozar M. The Impact of the Mothers' Nutritional Education on 12-30 Months Toddlers Food Pattern, ARMAGHAN DANESH Journal 2009; 14(1): 80-89 [in Persian]. [Abstract](#)
4. Mei Z, Yip R, Grummer-Strawn LM, Trowbridge FL. Development of a research child growth reference and its comparison with the current international growth reference. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1998;152(5):471-9. [Abstract/FREE Full Text](#)
5. Salarkia N, Amini M, Eslami M, Dadkhah M, Zoghi T, Haidari H, et al. Mothers' views and beliefs about the role of complementary feeding in children under the age of two in Damavand: a qualitative study. *Arak Medical University Journal*. 2010;13(2):63-74. [Abstract/FREE Full Text](#)
6. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(10):1207-21. [Abstract/FREE Full Text](#)

شریفی‌راد و همکاران مطالعه‌ای با هدف تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر رفتار شیردهی مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۸ انجام دادند. در این مطالعه نیمه‌تجربی ۸۸ مادر باردار به‌طور تصادفی در دو گروه مورد و کنترل قرار گرفتند. میانگین نمرات آگاهی و نگرش گروه مورد قبل از مداخله ۶۳/۶۳ و ۶۵/۸۴ بود و بعد از مداخله به ۶۵/۸۴ و ۷۳/۶۷ افزایش یافته بود. درحالی‌که میانگین نمرات آگاهی و نگرش در گروه کنترل قبل از مداخله به ترتیب ۶۴/۶۶ و ۶۳/۳۲ بود و بعد از مداخله به ۶۴/۸۶ و ۶۳/۳۲ کاهش یافته بود (۲۸).

مطالعه آبل و همکاران پیرامون ارتقای عملکرد تغذیه‌ای مادر و کودک از طریق مادر بزرگ‌ها نشان داد که ۱۲ ماه بعد از مداخله آگاهی تغذیه‌ای مادر بزرگ‌ها و توصیه‌هایشان به زنان سنین باروری و عملکرد زنان جوان نسبت به تغذیه دوران حاملگی و تغذیه کودک افزایش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است (۲۹). کلوته و همکاران در سال ۲۰۰۵ در ایالات‌متحده، مطالعه‌ای با هدف بررسی الگوی تغذیه‌ای کودکان نوپای خانواده‌های کم‌درآمد بر روی یک نمونه ۷۷ نفری از مادران کودکان ۱ تا ۳ ساله انجام دادند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که مشارکت مادران در امر تغذیه کودک به‌طور مستقیم تأثیر زیادی در تنظیم عادات غذایی و ایجاد الگوهای غذایی صحیح کودک دارد (۳۰).

نتیجه‌گیری: پذیرش این واقعیت که کودکان آینده‌سازان ملت‌ها هستند، سبب شده است تا تدابیر مختلفی در جهت افزایش سلامت این گروه از جامعه طرح‌ریزی شود. کم‌توجهی در حفظ و تأمین سلامت کودکان ضایعه‌ای جبران‌ناپذیر است. اگر امروز کودکی به غذای کافی و مناسب دسترسی نداشته باشد، در آینده از نظر جسمی و ذهنی موجودی ناتوان خواهد بود. بنابراین، به دلیل آسیب‌پذیر بودن این گروه در جامعه، مراقبت‌های بهداشتی از آنان به ویژه در دو سال اول زندگی مهم است. تغذیه مصنوعی و روش‌های نادرست تغذیه تکمیلی منجر به مشکلاتی از جمله کوتاهی قد، تأخیر در رشد حرکتی و ذهنی، ضعف سیستم عصبی و ذهنی، حملات مکرر اسهال، کمبود ریزمغزی‌ها و درشت‌مغزی‌ها می‌شود. به‌طورکلی، با توجه به اهمیت مواردی از قبیل

- special focus on developing countries. BMC public health. 2011;11(Suppl 3):S24 [Abstract/FREE Full Text](#)
20. Horodyski MA, Stommel M. Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. Pediatric nursing. 2004;31(5):364, 7-72. [Abstract](#)
 21. Horodyski MAO, Hoerr S, Coleman G. Nutrition Education Aimed at Toddlers: A Pilot Program for Rural, Low-Income Families. Family & Community Health. 2004;27(2):103-13. [Abstract](#)
 22. Worsley A. Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2002;11(s3):S579-S85.. [Abstract](#)
 23. Morrison H, Power TG, Nicklas T, Hughes SO. Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. Appetite. 2013;63:77-83. [Abstract](#)
 24. Safaralizadeh F, Seddighi R, Partoazam H. Knowledge of mothers referred to health Centers in the Khoy with a performance evaluation of the nutritional status of children under three years. Journal of Nursing and Midwifery 2009; 7(3):25-29[in Persian]. [Abstract/FREE Full Text](#)
 25. 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. journal of education in medical science. 2010; 10(5):927-936 [Abstract/FREE Full Text](#)
 26. Golshiri p, Shams b, Zamani ar, Pourabdian s, Hassanzadeh a. The role of mothers' participation in changing their practice concerning the growth and nutrition of their children in Esfahan during 2003-2004. Yafteh. 2004;6(1):33-43. [Abstract/FREE Full Text](#)
 27. Saba MS. Bazmamooun H, Razavi Z. Comparison of Face to Face Education with Other Methods to Pregnant Mothers in Increase Exclusive Breast Feeding. Journal of Hamadan University of Medical Medical Sciences. 2005; 12(3): 42-47. [Abstract/FREE Full Text](#)
 28. Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanazadeh A, Charkazi AR and et al. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. Arak Medical University Journal (AMUJ). 2010;13(1):63-70. [Abstract/FREE Full Text](#)
 29. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. Maternal & child nutrition. 2012;8(1):19-35. [Abstract/FREE Full Text](#)
 30. Klohe DM, Clarke K, Chacko G, Tracy J, Freeland J. Relative Validity and Reliability of a Food Frequency Questionnaire for a Triethnic Population of 1-Year-Old to 3-Year-Old Children from Low-Income Families. Journal of American Dietetic Association 2005; 105(5):727-734. [Abstract](#)
 7. Müller O, Garenne M, Kouyaté B, Becher H. The association between protein-energy malnutrition, malaria morbidity and all-cause mortality in West African children. Tropical Medicine & International Health. 2003;8(6):507-11 [Abstract/FREE Full Text](#)
 8. Shidfar F, Montazer M, Azizi H, Darvishian M, Jahangiri N. The relation between age of introduction of complementary feeding and physical growth of infants under 2 years of age in west of Tehran. Razi Journal of Medical Sciences. 2008;14(57):121-31. [Abstract/FREE Full Text](#)
 9. Thomas B. Manual of dietetic practice. Clinical Nutrition Insight. 1989;15(10):5.. [Abstract](#)
 10. Shahbazi A, Ghorbani R, Frivar F, Shah-Hoseini A. A survey on the starting age of complementary feeding and some of its associated factors in the breast-feeding infants (Semnan, Iran). Koomesh. 2007;9(1):59-66. [Abstract/FREE Full Text](#)
 11. Clark H, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. Journal of Public Health. 2007;29(2):132-41. [Abstract](#)
 12. Sangster J, Cooke L, Eccleston P. «What's to eat?»--nutrition and food safety needs in out-of-school hours care. Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia. 2004. [Abstract](#)
 13. Moroton H, Campbell K, Santich B, Worsla A. Parental strategies and young children snacking. Behavior: a pilot study. Australian Journal of Nutrition and Dietetics. 1999; 56 (4): 215-220. [Abstract](#)
 14. Rezaei O, Moodi M, Moazam N. Analyzing the level of knowledge and attitude of the mothers referring the urban health centers of Birjand about nutritional behaviors. Journal of Education and Health Promotion. 2014;3(1):37. [Abstract/FREE Full Text](#)
 15. Baghdari N, Bahrami Morghaki A, Norozi A, Sadeghi Sahebzad E, Mazlom SR, Mohajeri A. The Effect of Mother's Training via Newsletter and Group Discussion on The Energy Intake of Preschool Children. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2014;2(3):180-7. [Abstract/FREE Full Text](#)
 16. Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. Journal of the American College of Nutrition. 2005;24(2):83-92. [Abstract](#)
 17. Bagheriyan S, Miri S, Tehrani H, Babaei heydarabadi A. The Effect of Being in Mother's Hug on Neonates' Pain during Immunization. Journal of Nursing and Midwifery. 2013;23(80):44-50 [Abstract/FREE Full Text](#)
 18. Kim Y. Effects of a breast-feeding empowerment program on exclusive breast-feeding. Journal of Korean Academy of Nursing. 2009;39(2):279-87. [Abstract/FREE Full Text](#)
 19. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with