مقایسه تأثیر دو روش آموزش سخنرانی و خودآموز بر آگاهی و عملکرد مادران در مورد روند رشد و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال

پرستو گلشیری، غلامرضا شریفی‌راد*، فاطمه باقرنژاد

چکیده

مقدمه: ارزیابی کشوری رشد کودکان نشان‌دهنده افت رشد در درصد زیادی از کودکان کشور می‌باشد. افت رشد با ابزار ساده‌ای به نام کارت پایش رشد قابل تشخیص است، از طرف دیگر آگاهی از مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان به مادران این امکان را می‌دهد که عملکرد خود را در مورد رفتار کودکان اصلاح نمایند. در این مورد، استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی، نقش مؤثری در ارتقای آگاهی و عملکرد مادران خواهد داشت. این مطالعه به منظور مقایسه دو روش آموزشی «سخنرانی» و «خود آموز» بر تغییر آگاهی و عملکرد مادران طراحی و اجرا شده است.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی بوده و بر روی ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۳ سال انجام گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه مداخله (سخنرانی و خودآموز) قرار گرفتند. محتوای آموزشی شامل پایش رشد، تغذیه و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک بود. در این مطالعه از پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۵ سؤال که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی تأیید شده بود، استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: تفاوت آگاهی مادران نسبت به روند رشد کودک کمتر از سه سال و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک قبل و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه معنادار بوده است. در مقایسه دو روش با یکدیگر میانگین نمره آگاهی مادران در مورد روند رشد کودکان تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت، اما در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای، دو روش اختلاف معناداری با هم نشان دادند ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اختلاف معناداری در مورد میانگین نمره عملکرد هر دو گروه قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی وجود داشت($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آگاهی و عملکرد مادران در باره روند رشد و مراحل تکامل تغذیه‌ای مناسب نمی‌باشد و آموزش به هر شیوه‌ای مؤثر می‌باشد و برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح آگاهی و عملکرد مادران در خصوص روند و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان ضروری است.

واژه‌های کلیدی: پایش رشد، آموزش، مراحل تکامل تغذیه‌ای، کودک، تغذیه، آگاهی؛ عملکرد

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۹۲۷ تا ۹۳۶

مقدمه

* **نویسنده مسؤول:** دکتر پرستو گلشیری (استادیار)، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.(golshiri@hlth.mui.ac.ir)
دکتر غلامرضا شریفی‌راد (دانشیار)، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(sharifirad@hlth.mui.ac.ir)

فاطمه باقرنژاد، کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران(.ftbagher@gmail.com)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۶ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۱۱ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۱/۱۳ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

جامعه برای رسیدن به توسعه نیازمند افرادی سالم و توانا است. در این میان برای رسیدن به توسعه پایدار در آینده توجه به سطح سلامت کودکان امروز،از اهمیت خاصی برخوردار است. دوران کودکی فرصت طلایی رشد و تکامل جسمی است. از طرف دیگر بسیاری از علایق غذایی،در دوران کودکی شکل می‌گیرند و زمینه بسیاری از بیماری‌ها مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، فشار خون و انواع سرطان‌ها در این سنین فراهم می‌شود(۱).

سوء تغذیه مسئول مستقیم و غیر مستقیم نیمی از ۱۰/۹ میلیون مرگ کودکان زیر ۵ سال جهان است.بیش از دو سوم این مرگ‌ها معمولاً در ارتباط با روش‌های نادرست تغذیه در طول سال اول عمر است، از طرفی تغذیه انحصاری با شیر مادر در ٦ ماه اول در جهان بیش از ۳۵ درصد نیست و تغذیه تکمیلی را غالباً خیلی زود یا خیلی دیر آغاز می‌کنند و غذاهای مصرفی نیز ناسالم و ارزش تغذیه‌ای آنها ناکافی است. در کشور ما نیز ۷۵ درصد کودکان زیر پنج سال دچار افت رشد هستند که از حدود ٦ ماهگی آغاز می‌شود و در ۱۸ ماهگی به اوج خود می‌رسد.علت عمده فقر نیست بلکه ناآگاهی و عملکرد نامناسب والدین است. تغذیه مطلوب به ارتقای رشد، پیشگیری از کوتاه قدی تغذیه‌ای و افزایش شانس کودک برای برخورداری از زندگی سالم و فعال در دوران بزرگسالی کمک می‌کند. ارتقای تغذیه تکمیلی نیازمند ادغام راهکارهای متعددی برای اطمینان از دسترسی به غذاهای تأمین کننده انرژِی و مواد مغذی مورد نیاز کودکان در حال رشد است(۲).

نتایج بررسی رشد کودکان در سال ۱۳۷۷، وضعیت تغذیه کودکان کشورمان را به تصویر کشید و نشان داد که ۱۵/٤ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور (۸۰۰ هزار نفر) دچار کوتاه قدی متوسط و شدید، ۱۰/۹ درصد دچار کم وزنی متوسط و شدید (٥٤٠ هزار نفر) و ٤/۹ درصد کودکان زیر ۵ سال (۱۷۰ هزار نفر) دچار لاغری متوسط و شدید می‌باشند. میزان کم وزنی در کودکان زیر ٦ ماه کشور مانند جوامع خوب تغذیه شده است (۳ درصد) ولی با بالا رفتن سن، میزان شیوع کم وزنی افزایش می‌یابد به طوری که در طول سال دوم زندگی (۲٤تا ۳٦ ماهگی) این آمار به اوج خود یعنی ۱۳/۸ درصد می‌رسد(۳). با در نظر گرفتن هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم سوء تغذیه کودکان، بر اساس شیوع ۱۵ درصدی سوء تغذیه کودکان در سال ۱۳۷٤ سوء تغذیه سالانه ٥٦٥۲ میلیون دلار به کشور ضرر و زیان زده است(۳).

زمانی می‌توان از سوء تغذیه پیشگیری کرد که در اولین مرحله افت رشد اقدامات مؤثری را برای کمک به کودک سامان داد. آقای دکتر دیوید مورلی مبتکر کارت پایش رشد می‌گوید کارکنان بهداشتی باید به مادر یاد دهند که مفهوم نقطه وزنی کودک چیست و چگونه این نقطه با توزین کودک و تعیین سن او به دست می‌آید. دکتر مورلی معتقد است که حتی باید مادر را در ثبت وزنی بر روی منحنی رشد درگیر نمود. کارکنان بهداشتی باید ارتباط مؤثر و عمیق با مادر برقرار کنند تا بتوانند علت افت رشد کودک را بیابند و در زمینه تغذیه کودک با مادر مشاوره نمایند(٤و٥). از طرف دیگر چاتور بر اساس روند تکاملی مربوط به تغذیه و رفتارهای طبیعی و غیر طبیعی مربوط به آن سه اختلال تغذیه‌ای را تشخیص داد هموستازیس (Hemostasis)، دلبستگی (Attachment) و جدایی (Separation) که هر کدام از اینها دارای معیارهای تشخیصی مشخص است (٦تا۸).

در این میان برای آموزش کارت پایان رشد و نحوه رسم نمودارهای رشد توسط مادران و نیز آموزش مراحل تکامل تغذیه‌ای به آنان شیوه‌های آموزشی متفاوتی وجود دارد،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

سخنرانی یکی از این روش‌ها است. در این روش می‌توان مطالب آموزشی را به مادران آموزش داد، البته مادران می‌توانند سؤالات خود را از آموزش دهنده بپرسند. سخنرانی یک روش ساده و سریع ارائه سنتی مطالب می‌باشد. امروزه سخنرانیها با وسائل سمعی-بصری مناسب ارائه می‌شود. نحوه ارتباط در سخنرانی در ارتباط با حضار دارای مزایا و معایبی می‌باشد. حضار غیر فعال هستند و اگر سخنران کارا و اثر بخش نباشد شنوندگان به خواب رفته ویا تشنج ایجاد می‌کنند.ایجاد باز خورد تا اندازه‌ای مشکل است. روش سخنرانی برای گروه پخته به مراتب مؤثر تر می‌باشد تا یک گروه نا پخته(۱۰-۹).

خودآموزی نیز یک روش دیگر آموزشی است که در آن از طریق فعالیت خود فرد، مطالب در اختیار وی قرار می‌گیرد و خود به تلاش در جهت یادگیری آنها می‌پردازد(۱۱).

تا کنون مطالعاتی در مورد مقایسه تاثیر روش‌های مختلف آموزشی انجام شده است، لیکن بر اساس محتوی آموزشی و افراد مخاطب نتایج گوناگونی به دست آمده است(۱۶-۱۲) مطمئناً از دلایل مؤثرتر بودن روش سخنرانی نسبت به روش خودآموز (ارائه کتابچه آموزشی) می‌توان به مشارکت بیشتر فراگیران در جریان یادگیری، وجود بازخورد، برقراری ارتباط بین افراد و امکان پرسش و پاسخ و رفع ابهامات اشاره کرد و مطمئناً هر چه میزان مشارکت فراگیران در یک روش آموزشی بیشتر باشد تاثیر آن روش نیز افزایش می‌یابد. روش سخنرانی یکی از روش‌های متداول آموزشی در کشور می‌باشد زیرا در این روش با کمترین هزینه، در کمترین زمان می‌توان مطالب زیادی را به گروه وسیعی منتقل کرد همچنین تسلط معلمین و مربیان به روش سخنرانی نسبت به سایر روش‌ها باعث شده که جزء روش‌های متداول آموزش گردد(۱۰).

با بکارگیری روش‌هایی مانند استفاده از مخاطبین همگون، امکان پرسش و پاسخ، شناخت مخاطبین و نیازهای آنان و مهارت سخنران و... می‌توان تاثیر آن را به حداکثر رساند.

با توجه به اینکه قشر عظیمی از افراد جامعه باسواد هستند و با توجه به مزایای روش ارائه پمفلت، از جمله قابلیت مرور مطالب، تهیه مطالب متناسب با سطح سواد و آگاهی گروه‌های هدف مختلف، کم هزینه بودن، قابلیت تکثیر و توزیع در بین تعداد زیادی از افراد و صرفه جویی در زمان و نیروی انسانی به خصوص در شرایطی که با کمبود نیروی انسانی مواجه هستیم با رعایت استانداردهای مهم در تهیه بسته آموزشی، این روش می‌تواند از روش‌های مناسب آموزش باشد(۱۱).

به همین منظور محققان در این پژوهش دو روش آموزشی (سخنرانی و خودآموز) را برای آموزش مادران در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای و نیز آشنایی با روند رشد کودکان، انتخاب نموده و نتایج حاصله را به منظور تعیین اثربخشی آنها مقایسه نمودند.

روش‌ها

این مطالعُه از انواع مطالعات نیمه تجربی و آینده‌نگر می‌باشد که در سال ۸۸ و ۸۹ انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه، مادران ۲۰-۳۵ سال دارای کودک کمتر از سه سال تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی دستگرد شهر اصفهان می‌باشند. در این مطالعه۱۰۰ نفر شرکت کردند که ۵۰ نفر در گروه سخنرانی۵۰ نفر در گروه خودآموز حضور داشتند. از جمله معیارهای ورود به مطالعه، سن و سطح سواد مادران بود (سن ۲۰ تا ۳۵ سال و سطح سواد سیکل تا دیپلم)، دارا بودن فرزند کمتر یا مساوی سه سال (بدو تولد تا ۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) و نیز داشتن پرونده بهداشتی به منظور مراقبت از کودک در مرکز بهداشتی درمانی دستگرد اصفهان از دیگر موارد ورود به مطالعه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

بود. معیارهای خروج از مطالعه تغییر مرکز تحت پوشش و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. همچنین مواردی مانند ابتلا کودک به یک بیماری که نیازمند توجه ویژه از جانب تیم پزشکی باشدو یا ابتلا به بیماری مزمن وارد مطالعه نمی‌شدند. همسان‌سازی در دو گروه بر اساس سن مادر و فرزند و جنس کودکان صورت گرفت.

به منظور نمونه‌گیری لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان تهیه شده و به طور تصادفی ۱ مرکز انتخاب شد و مادران واجد شرایط نیز به طور تصادفی انتخاب شده و از طریق تلفن به منظور شرکت در مطالعه دعوت شدند. سپس مادران به طور تصادفی در یکی از گروه‌های سخنرانی و خودآموز (۵۰ نفر در هر گروه) تحت آموزش قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه طراحی شده‌ای است که مشتمل بر٤٥ سؤال بود. ۱۲ سؤال آن مربوط به اطلاعات عمومی بود شامل (سن مادر، جنس کودک،وزن کودک، قد کودک، نوع شیر مصرفی کودک، وضعیت رشد کودک در ۳ ماه گذشته، داشتن کارت رشد، منبع دریافت اطلاعات، رسم منحنی رشد در مراجعات قبلی توسط پرسنل بهداشتی،مراجعه قبلی به مرکز بهداشتی درمانی)

١٤ سؤال مربوط به سنجش آگاهی باحداقل نمره ۰وحداکثر نمره ۱۰۰در خصوص روند رشد و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از ۳ سال بود. ۱۹ سؤال نیز مربوط به سنجش عملکرد باحداقل نمره ۰وحداکثر نمره

۱۰۰ در خصوص روند رشد و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از ۳ سال بود و لازم به ذکر است که در سنجش عملکرد، ملاک پژوهشگر، گفته‌های مادران در پاسخ به سؤالات پرسشنامه بوده است.

پرسشنامه به کار گرفته شده در این پژوهش قبلاً در پژوهش انجام گرفته در منطقه آزادگان اصفهان مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و روایی آنها تعیین شده است (ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه ۷۲/۵۳ می‌باشد) (۷و۸). پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه پژوهشگر با افراد تحت پژوهش تکمیل گردید.

این مطالعه در ٤ مرحله انجام گرفت. مرحله اول انتخاب گروه‌های سخنرانی و خودآموز به صورت تصادفی. مرحله دوم سنجش آگاهی و عملکرد قبل از مداخله از طریق پرسشنامه. مرحله سوم مداخله آموزشی و مرحله چهارم سنجش آگاهی و عملکرد ۳ ماه بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها.

به منظور طراحی برنامه آموزشی از شرکت‌کنندگان پیش آزمون به عمل آمد و بر اساس اطلاعات به دست آمده از پیش آزمون و نیز استفاده از منابع علمی معتبر بدین منظور اقدام شد.مداخله آموزشی در ۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه برای مادران گروه سخنرانی برگزار شد. در جلسه اول در مورد پایش رشد، انواع منحنی رشد، نحوه رسم منحنی رشد و در جلسه دوم تغذیه کودک از تولد تا ٦ ماهگی، تغذیه کودک از ٦ ماهگی به بعد، مراحل تکامل تغذیه‌ای آموزش داده شد در این روش از تخته وایت برد، ماژیک، کارت پایش رشد استفاده شد، همچنین در پایان به فراگیران فرصت داده شد تا سؤالات خود را بپرسند. جلسات در سالن جلسات آموزشی رابطین بهداشت برگزار شد که از نظر شرایط فیزیکی مانند نور، گرما و تهویه مناسب بود.

برای گروه خودآموز هم کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت و از آنها درخواست شد که بر اساس مطالب ارائه شده خود در جهت یادگیری مطالب تلاش نمایند.

از آنجا که ارزشیابی به ما کمک می‌کند تا بفهمیم فراگیر چه اندازه به اهداف از پیش تعیین شده دست یافته است و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

همچنین نقاط قوت و ضعف برنامه آموزشی و راه‌های احتمالی برطرف شدن نقایص را نشان می‌دهد ما نیز در این مطالعه با استفاده از تکمیل پرسشنامه طراحی شده قبل از مداخله، ارزشیابی فراگیران را انجام دادیم و در گروه سخنرانی در هر جلسه نیز در حین جلسه و انتهای جلسه با پرسش و پاسخ ارزشیابی به عمل آمد، همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی با استفاده از پرسشنامه اولیه یک آزمون ۳ ماه بعد از آموزش گرفته شد و ارزشیابی نهایی انجام شد. در گروه خودآموز نیز قبل و سه ماه بعد ارزشیابی انجام گرفت.

به منظور اعمال ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از تکمیل پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد. از جمله مشکلات طرح، عدم حضور به موقع افراد تحت مطالعه در کلاس‌های آموزشی بود، بدین ترتیب برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها مجبور به برگزاری جلسه آموزشی دو بار در روز شدیم.

در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه میانگین نمره آگاهی و عملکرد قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون T-paired استفاده شد و برای مقایسه میانگین تغییر نمره بین ۲ گروه در هر یک از آیتم‌ها از آزمون T مستقل استفاده شد.

نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده افراد مورد مطالعه در دو گروه از نظر سن مادر، تعداد کودکان زیر ۳ سال خانواده، سن کودک، جنس کودک، وزن و قد کودکان مورد بررسی، نوع شیر مصرفی کودک و وضعیت رشد کودک اختلاف معناداری نداشتند (آزمون T مستقل و مقدار p به ترتیب ۰/۲۱۷، ۰/۰۹٤، ۰/۷۸۲۸، ۰/۵۲٦و۰/۲٤۳).

از نظر جنس کودک و نوع شیر مصرفی نیز اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت (آزمون کای اسکوئر و مقدار p به ترتیب ۰/۰۷۸ و ۰/۲۲۰).

وضعیت رشد کودکان در سه ماه پس از زمان تحقیق، در دو گروه، مورد ارزیابی قرار گرفت که در دو گروه تفاوت معناداری بین دو گروه از این نظر وجود نداشت (آزمون من ویتنی p=۰/٤۰۵)

میانگین نمرات آگاهی مادران در مورد روند رشد کودکان در گروه‌های سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله به ترتیب ٦۰/۰۰ و ۵۹/۲۳ بود و آزمون آماری T مستقل نشان داد که اختلاف میانگین نمرهٔ آگاهی این دو گروه قبل از مداخله معنادار نبود(p=۰/۷۸۷). به این معنا که هر دو گروه قبل از انجام مداخله از نظر میزان آگاهی در مورد روند رشد کودک در سطح یکسانی قرار داشتند. ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی در مورد روند رشد کودک در دوگروه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ۸٦/٤٦ و ۸۰/۹۸ شد و نتیجه آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمره آگاهی در مورد یادشده بین دو گروه، ۳ ماه بعد آموزش، اختلاف معناداری وجود ندارد(p=۰/۵۲۰).

نتیجه آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معناداری در میانگین نمره آگاهی هر دو گروه سخنرانی و خودآموز در مورد روند رشد کودکان قبل و سه ماه بعداز مداخله آموزشی وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

همچنین میانگین تغییرات نمره آگاهی مادران نسبت به روند رشد کودکان کمتر از سه سال در دو گروه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ۲۹/۰۷ و ۲۸/٦۵ به دست آمده است که آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معناداری در میانگین تغییر ات نمره آگاهی مادران در این مورد در دو گروه وجود نداشت (p=۰/۸٦۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

میانگین نمرات آگاهی مادران در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال در گروه‌های سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله به ترتیب ۳۰/٦٦ و ۳٤/۳۳ بود و آزمون آماری T مستقل نشان داد که این اختلاف معنادار نبود (p=۰/۳۳۱)، به این معنا که هر دو گروه قبل از انجام مداخله از نظر میزان آگاهی در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک در سطح یکسانی قرار داشتند.

۳ ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی در گروه سخنرانی و خودآموز در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای به ترتیب ۹٦/۳۳ و ۸۰/۳۳ شد و نتیجه آزمون T مستقل نشان داد که این اختلاف بین دو گروه معنادار بوده است (p<۰/۰۰۱).

میانگین تغییرات نمره آگاهی مادران نسبت به مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک کمتر از سه سال در دو گروه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ٦۵/٦٦ و ٤٦/۰۰ می‌باشد و آزمون Tزوج نشان می‌دهد که این اختلاف معناداربوده است (p<۰/۰۰۱).

میانگین نمرات عملکرد مادران در مورد رشد کودکان در گروه‌های سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله به ترتیب ٦٤/۲۰ و ٦۳/۰۰ بود و آزمون آماری T مستقل نشان داد که اختلاف میانگین نمرهٔ عملکرد این دو گروه قبل از مداخله معنادار نبود (p=۰/۷۹۰) به این معنا که هر دو گروه قبل از انجام مداخله از نظر عملکرد در مورد روند رشد کودک در سطح یکسانی قرار داشتند.

۳ ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد مادران در مورد رشد در گروه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ۸٤/٦۰ و ۸۰/۸۰ شد و نتیجه آزمون T مستقل نشان داد که بین میانگین نمرهٔ عملکرد مادران در دو گروه سخنرانی و خودآموز ۳ ماه بعد آموزش اختلاف معناداری وجود ندارد (p=۰/۲۹۳).

نتیجه آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معنای داری در میانگین نمره عملکرد هر دو گروه سخنرانی و خودآموز قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی وجود دارد. (p<۰/۰۰۱)

میانگین تغییرات نمره عملکرد مادران نسبت به روند رشد کودکان در روه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ۲۰/٤۰ و ۱۷/۸۰ می‌باشد. آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معنای داری در میانگین تغییرات نمره عملکرد دوگروه نسبت به روند رشد وجود ندارد. (p<۰/۵۹۸)

آزمون آماری T مستقل نشان داد که اختلاف میانگین نمره عملکرد مادران در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای در گروه‌های سخنرانی و خودآموز قبل از مداخله معنادار نبود(p=۰/۸۳۳) به این معنا که هر دو گروه قبل از انجام مداخله از نظر عملکرد در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک در سطح یکسانی قرار داشتند(جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد مادران نسبت به مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از ۳ سال قبل و ۳ ماه بعد از مداخله در دو گروه

متغیر / گروه	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	سطح معناداری آزمون T زوجی
	میانگین± انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار	
خودآموز	٤۵/۰۰±۱۸/۵٤	۷۷/۹۱±۱۳/۹۰	p<۰/۰۰۱
سخنرانی	٤٤/۲۷±۱۵/۸۲	۸۸/٦٦±۷/۷۱	p<۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون آماری T مستقل	p=۰/۸۳۳	p<۰/۰۰۱	

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

نتیجه آزمون T مستقل نشان داد که ۳ ماه پس از مداخله بین میانگین نمرهٔ عملکرد مادران در مورد مراحل تکامل تغذیه‌ای در گروه سخنرانی و خودآموز اختلاف معناداری وجود دارد($p<۰/۰۰۱$)(جدول ۱).

نتیجه آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معنای داری در میانگین نمره عملکرد هر دو گروه سخنرانی و خودآموز قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

جدول ۲: مقایسه میانگین تغییرات نمره عملکرد مادران نسبت به مراحل تکامل تغذیه ای کمتر از ۳ سال در دو گروه

متغیر گروه	میانگین± انحراف معیار	سطح معناداری آزمون T زوجی
خود آموز	۳۲/۹۱±۲۱/۵۸	p=۰/۰۰۶
سخنرانی	٤٤/۳۹±۱۸/۷۸	

میانگین تغییرات نمره عملکرد مادران نسبت به مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال در گروه سخنرانی و خودآموز به ترتیب ٤٤/۳۹ و ۳۲/۹۱ می‌باشد. آزمون T زوج نشان می‌دهد که اختلاف معناداری در میانگین تغییرات نمره عملکرد دوگروه نسبت به مراحل تکامل تغذیه‌ای کودکان کمتر از سه سال وجود دارد. ($p=۰/۰۰٦$)

بحث

در بررسی آگاهی و عملکرد مادران در خصوص روند رشد علی‌رغم آموزش‌هایی که در این زمینه در مراکز بهداشتی درمانی توسط کارکنان داده می‌شود سطح آگاهی و عملکرد مادران در سطح متوسطی قرار داشت، این نتایج با نتایج پژوهشی که توسطهادی نگینی در خصوص بررسی آگاهی مادران دارای کودک زیر ۲ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شیراز در مورد پایش رشد و تغذیه کمکی انجام شده است مطابقت دارد(۱۸) و از موارد ذکر شده چنین بر می‌آید که در جهت اثر بخشی بیشتر فعالیت‌های آموزشی مراکز بهداشتی باید اقدامات دیگری به انجام برسد.

روند تکامل تغذیه‌ای کودک یکی از موضوعات آموزشی مورد استفاده در پژوهش بود این موضوع در مراکز بهداشتی درمانی به مادران آموزش داده نمی‌شود. دانستن روند تکاملی یاد شده به مادران کمک می‌کند تا شیوه رفتار با کودکان خود را در هر سن بدانند و از رفتارهای طبیعی و غیر طبیعی در هر مرحله آگاهی داشته باشند(٦).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده که نشان می‌دهد تغذیه مناسب در دوران کودکی نقش به سزایی در سلامت فرد و جامعه و همچنین توسعه شاخص‌های بهداشتی جامعه دارد(۷) اهمیت مداخله و آموزش در جهت بهبود وضعیت این گروه کاملاً روشن می‌باشد.

در پژوهشی که توسط کهبازی و چهرdی در مورد تاثیر آموزش تغذیه تکمیلی بر وزن اطفال ٦-٢٤ ماهه دارای اختلال رشد انجام شد نتایج نشان داد که آموزش تغذیه به مادران نقش مهمی در بهبود اختلال رشد آنان دارد(۱۷). در پژوهشی که سادات حسینی و همکاران بر روی تأثیر آموزش الگوی رفتارهای تغذیه‌ای به مادران کودکان نو پا در کیفیت تغذیه‌ای کودکان و عملکرد مادران انجام شد، نشان دادکه نحوه عملکرد مادران در مورد رفتارهای کودک در هنگام تغذیه پس از آموزش ارتقا یافته است و افزایش آگاهی مادران در عملکرد آنان مؤثر بوده است(۲۰). پژوهش خانم کریمی‌راد در رابطه با تأثیر آموزش بر آگاهی مادران از تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در شهرستان فسا نیز نشان‌دهنده این است که آموزش موجب افزایش آگاهی می‌شود(۱۸).

با مطالعه پژوهش‌های مختلف مشخص می‌شود که در اکثر موارد آموزش منجر به افزایش آگاهی می‌گردد. اما در زمینه تأثیر روش‌ها، با یکدیگر در پژوهش حاضر نشان داد که آگاهی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

مادران نسبت به روند رشد کودکان کمتر از سه سال در دو گروه خودآموز و سخنرانی تفاوت معناداری ندارد اما آگاهی مادران نسبت به مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک کمتر از سه سال در دو گروه تفاوت معنادار نشان داد.

در سایر مطالعات تاثیر مداخلات آموزشی نشان داده شده است از جمله در مداخله آموزش تغذیه به معلمان در جهت افزایش مصرف میوه و سبزیجات در دانش آموزان ایتالیایی که توسط میچل پانوزیو و همکاران انجام شد نشان داد که میزان مصرف میوه و سبزیجات در بچه‌ها افزایش یافته و مصرف چیپس و نوشابه‌های شکر دار کاهش یافت(۱۹). در بررسی با عنوان ارتقای عملکرد تغذیه‌ای مادر وکودک از طریق مادربزرگ‌ها که توسط جودی آبل و همکاران انجام شد، نشان داد که ۱۲ ماه بعد از مداخله دانش تغذیه‌ای مادربزرگ‌ها و توصیه‌هایشان به زنان سنین باروری وعملکرد زنان جوان نسبت به تغذیه دوران حاملگی و تغذیه کودک افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت(۲۰).

همچنین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه صبا و همکاران با عنوان مقایسه دو روش آموزش حضوری (مشاوره گروهی) و غیر حضوری (ارائه کتابچه آموزشی) بر افزایش میزان شیردهی انحصاری به مادران باردار مطابقت دارد و نشان می‌دهد که در هر دو گروه امتیاز عملکرد مادران نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است اما در مقایسه بین دو گروه روش مشاوره گروهی مؤثرتر بوده است(۲۱).

در مطالعه دیگری با عنوان مقایسه تأثیر دو روش آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد دختران دبیرستان شهر بندرعباس در زمینه بهداشت قاعدگی در سال ۸۴-۸۵ که توسط خانم دبیری و همکاران انجام شد نشان داده شده است که تاثیر آموزش از طریق همسالان از روش جزوه بیشتر بوده است و آموزش از طریق جزوه فقط در افزایش سطح آگاهی مؤثر بوده در حالی که آموزش همسالان در افزایش سطح آگاهی و نگرش دانش آموزان مؤثر بوده است(۲۲).

در مطالعه دیگری با عنوان سیاست مراقبت از سلامتی و تحقیقات با راهبرد استفاده از روش‌های آموزشی زنان باردار سیگاری که توسط ویند سور و همکاران انجام شد، نشان داده شد که گروهی که از طریق فیلم و مشاوره کوتاه آموزش دیده بودند بیشتر سیگار را ترک کرده‌اند(۲۳). همچنین در مطالعه‌ای که توسط(Knowles) با عنوان مقایسه تأثیر روش ایفای نقش و روش سنتی در آموزش دانشجویان دوره کارشناسی پزشکی در مورد بیماری‌های منتقله از طریق تماس جنسی انجام شد مشخص شد که گروه ایفای نقش به طور معناداری نمرات بیشتری داشتند(۲۴).

در نهایت این که اصولا مشکلات تغذیه کودکان و رفتارهای تغذیه‌ای یک پدیده فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است و علاوه بر شرایط رفاهی و اقتصادی، آگاهی و نگرش افراد هم مؤثر می‌باشد و باید با روش‌های مناسب و مؤثر آموزشی در ارتقای دانش و نگرش و در نهایت بهبود عملکرد افراد جامعه گام برداشت.

منابع

1. Utritional problem]. Journal of Breast Feeding. 2008; 35(9) :27-35. [Persian]
2. Sadvandian S, Farivar M. [Taghzye takmili, ghazahaye khanevade baraye koodakane shire madarkhar]. Tehran:Ministry of Health,Treatment and Medical Education 2001. [Persian]
3. Saeedi R, khosravi Z, Gholami M, Saifee E. [Nutrition , Growth and Development in neonates and infants]. First Edition. Tehran: Majde Danesh 2008. [Persian]
4. Kolahdooz F ,Shaikholeslam R. [Protocol of Child Growth Chart]. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education and UNICEF 2001. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

5. Ministry of Health , Treatment and Medical Education. [Educational Package of Children Growth and Nutrition (For physician)]. UNICEF 2001. [Persian]
6. Office of Family Health and Populatin. [Rahnamaye amoozeshye moraghebathaye edgham yafteye nakhoshihaye atfal (IMCI), vijeye pezeshkan]. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education 2001. [Persian]
7. Shams B, Gholshiri p, Zamani AR, Pourabdian S. [Mothers' Participation in improving Growth and Nutrition of the Children: a Model for Community Participation]. Iranian Journal of Public Health. 2008; 37(2): 24-31. [Persian]
8. Shams B,Golshiri P. [Presenting a model for improvement of nutrition and growth promotion of children by the CIPP Evaluation Model in Isfahan]. Iranian Journal of Pediatr. 2005; 15(3): 221-8. [Persian]
9. Shabani H. [Maharathaye amoozeshi va parvareshi]. Tehran: SAMT 2008. [Persian]
10. Safavi A. [Koliate raveshha va fonoone tadris]. Tehran: Moaser 2008. [Persian]
11. Mohseni M. [Mabanye amoozeshe behdasht]. 3th ed. Tehran: Tahoori 2003. [Persian]
12. Beydoun MA، Wang Y. Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? . Prev Med. 2008; 46(2): 145-53.
13. Jukes M. Impact of early childhood health and nutrition on access to education in developing countries. Paediatrics and Child Health. 2007; 17(12): 485-91.
14. Bish B ، Regisk K، Gottesman MM. Educating parents about portion sizes for preschoolers . Journal of pediatric Health care 2005 ; 19(1): 54-60
15. Leslie j . Women's work and child nutrition in the Third World. journal World Development. 1998; 16: 1341-62. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VC6-45CWVDG-6N/2/984b220c897283037905d0b2d7453e0d
16- Bronte-Tinkew J, DeJong G. Children's nutrition in Jamaica: do household structure and household economic resources matter? . Soc Sci Med. 2004; 58(3): 499-514.
17. Kahbazi M, Chehreie A. [Taeiene asare amoozeshe taghzye takmili tavasote pezeshk bar vazne atfale 6-24 maheye daraye ekhtelale roshd]. The Journal of Arak University of Medical Sciences. 2004; 7(3): 21-6. [Persian]
18. Hoseini AS, Samiee S,Razaghi N. [Effect of Nutritional Behavior on Nutritional Quality in Toddlers]. Hayat, The Journal of Nursing & Midwifery Faculty of Tehran University of Medical Science . 2007; 13(4): 33-44. [Persian]
19. Panunzio MF ، Antoniciello A ، Pisano A، Dalton Sh . Nutrition education intervention by teachers may promote fruit and vegetable consumption in Italian students. Nutrition Research. 2007; 27(9): 524-8
20. Aubel J, Touré I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. Soc Sci Med. 2004; 59(5): 945-59
21.. Saba MS. Bazmamoon H, Razavi Z. [Moghayeseye 2 raveshe amoozeshe hozoori va gheire hozoori bar afzayeshe mizane shirdehye enhesari be madarane bardar]. The Journal of Hamadan University of Medical Sciences . 2005; 12(3): 42-7. [Persian]
22. Dabiri F, Abedini S, Shahi A, Kamjoo A .[Moghayeseye tasire 2 raveshe amoozesh bar sathe agahy, negaresh va amalkarde dokhtarane dabirestanye shahre Bandar Abas dar zamineye behdashte ghedegi] .Medical Journal of Hormozgan. 2008; 12(4): 271-179. [Persian]
23. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, Hardin JM, Crawford MA, DiClemente CC. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. Am J Obstet Gynecol. 2000; 182(1 pt 1): 68-75.
24. Knowles C, Kin chington F, Erwin J, Peters B. A randomised controlled trial of the effectiveness of combining video role play with traditional methods of delivering undergraduate medical education. Sexually Transmitted Infections. 2001; 77: 376 -80.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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

Parastoo Golshiri[1], Gholamreza Sharifirad[2], Fatemeh Baghernezhad[3]

Abstract

Introduction: *Assessment of national children growth has shown children's growth failure in a large percentage of them in Iran. Growth failure is easily diagnosed by growth monitoring card .On the other hand, mothers' Knowledge of Nutritional development stages can help them to modify their practice in this field .In this case, conducting educational and interventional programs play a key role in promotion of mothers' knowledge and practice. This study has been designed and conducted to compare the effect of two educational methods of lecture and self learning on mothers' knowledge and practice.*

Methods: *This is a quasi-experimental study conducted on 100 mothers with under 3 year old children .Samples were selected through random sampling and were randomly divided into two groups of lecture and self learning. Educational content included growth monitoring card, nutrition and nutritional development stages. A 45 item questionnaire whose validity and reliability had been confirmed in previous studies was used to collect the data. The collected data were analyzed by SPSS software.*

Results: *There was a significant difference between mothers' Knowledge about growth and nutritional development stages before and three months after intervention. Although, There was no significant difference between mean scores of mothers' knowledge about children's growth in two studied methods, there was a significant difference in nutritional development stages ($p<0.001$).There was a significant difference in mothers' practice mean scores before and three months after educational intervention ($P<0.001$).*

Conclusion: *Mothers 'Knowledge and practice about children growth and nutritional development stages are not appropriate so that education by each method is effective .Promotion of mothers' knowledge and practice about nutritional development stages and their trend is necessary and must be programmed.*

Key words: *Growth monitoring, education , , nutritional development stages, child, nutrition , knowledge ,practice, Lecture ,self learning*

Addresses:
1Assistant professor, Department of Community Oriented Medicine, school of medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail :golshiri@hlth.mui.ac.ir
2(✉)Associate professor, Department of health education and services, school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: sharifirad@hlth.mui.ac.ir
3Master of Health education, vice chancellor for health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. E-mail: ftbagher@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]