

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دوره ۶۴، شماره ۱، فروردین ۱۳۸۵، ۶۹-۷۳

آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادران کودکان ۳۶-۶ ماهه کرمان-

۱۳۸۲

حسن مرادی شهربابک (کارشناس ارشد)*، احمدرضا درستی مطلق (استادیار)**، مصطفی حسینی (استادیار)**، هاله صدرزاده یگانه (مربی)**

* علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات مختلف دلالت بر شیوع نسبتاً بالای سوء تغذیه در میان کودکان زیر ۵ سال ایران دارد و بعد از عفونت تنفسی و اسهال، سوء تغذیه بعنوان سومین عامل مرگ و میر کودکان شناخته شده و آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر از مهمترین فاکتورهای تأثیرگذار بر وضع تغذیه کودک می‌باشد و برای موفقیت در ارتقاء سطح بهداشت و سلامت در نظر گرفتن نیازها، آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای ضروری بنظر می‌رسد و هدف از این مطالعه تعیین سطح آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادران است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی اطلاعات مربوط به ۶۳۲ مادر دارای کودک ۳۶-۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان از طریق مصاحبه و پرونده بهداشتی کودک جمع‌آوری گردید و وضعیت آگاهی، نگرش و کاربست مادران براساس امتیاز کسب شده به سه گروه وضعیت خوب (کسب بیش از ۸۰٪ امتیاز)، متوسط (کسب ۶۰ تا ۸۰ درصد امتیاز) و ضعیف (کسب کمتر از ۶۰٪ امتیاز) تقسیم‌بندی شد. روش‌های آماری مورد استفاده شامل توزیع فراوانی، ضریب همبستگی پیرسون، تست ویلکاکسون و آزمون کای دو بود.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها ۴۰/۲٪ مادران در خصوص تغذیه کودکان دارای آگاهی خوب، ۲۶/۹٪ کاربست خوب و ۷۳/۶٪ دارای نگرش خوب هستند. وابستگی آماری معنی‌دار بین سواد مادر با آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر مشاهده شد درآمد سرانه خانوار با آگاهی تغذیه‌ای مادر و وابستگی آماری معنی‌دار داشت ولی با کاربست و نگرش تغذیه‌ای مادر هیچگونه ارتباطی نداشت. بین سن مادر با آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر وابستگی مشاهده نشد و همبستگی مثبت معنی‌دار بین سه متغیر آگاهی و نگرش و کاربست وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی حکایت از پایین بودن سطح آگاهی و همچنین کاربست تغذیه‌ای نامطلوب مادران دارد با توجه به ارتباط آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر با وضع تغذیه کودک توصیه می‌شود آموزش مادران در زمینه تغذیه و بهداشت کودک بصورت مداوم و مستمر در مراکز بهداشتی و درمانی توسط کارشناسان تغذیه اعمال گردد تا با ارتقاء آگاهی تغذیه‌ای مادران و ایجاد نگرش و عملکرد تغذیه‌ای صحیح گامی مؤثر در جهت بهبود وضع تغذیه کودکان برداشته شود.

کلید واژه‌ها: آگاهی، نگرش، کاربست، مادران، وضع تغذیه

زمینه و هدف

سوال در خصوص داده‌های مربوط به ویژگیهای فردی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی مادر و کودک بود که این پرسشنامه از طریق مصاحبه با مادر و استفاده از اطلاعات پرونده بهداشتی کودک تکمیل شد. پرسشنامه‌های آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر هر کدام شامل ۱۳ سؤال بود که از طریق مصاحبه با مادر تکمیل شدند. از آنجا که پرسشنامه‌های این مطالعه با نظر متخصصین تغذیه و آموزش بهداشت طراحی شدند از اعتبار لازم برخوردارند و پایایی پرسشنامه KAP با استفاده از روش بازآزمایی (۷) تأیید شد بدین طریق که پرسشنامه KAP برای ۱۵ نفر از مادران مراجعه کننده در دو نوبت به فواصل دو هفته تکمیل و با انجام تست ویلکاکسون مشخص شد که همه سئوالات پرسشنامه KAP پایا می‌باشند.

شیوه امتیازدهی به سئوالات مربوط به میزان آگاهی و کاربست به این نحو بود که به هر پاسخ صحیح ۲ امتیاز داده شد و به پاسخ غلط امتیازی تعلق نگرفت. برای امتیازدهی سئوالات نگرش با اندکی تغییر از نظریه لیکرت استفاده شد به این ترتیب که به گزینه صحیح ۴ امتیاز و به گزینه نادرست ۱ امتیاز و به گزینه غلط امتیاز صفر داده شد و وضعیت آگاهی، نگرش و کاربست مادران بر اساس امتیاز کسب شده به سه گروه وضعیت خوب (کسب بیش از ۸۰٪ امتیاز)، متوسط (کسب ۶۰ تا ۸۰ درصد امتیاز)، و ضعیف (کسب کمتر از ۶۰٪ امتیاز) تقسیم‌بندی شد. روش‌های آماری مورد استفاده توزیع فراوانی، ضریب همبستگی پیرسون، تست ویلکاکسون و آزمون کای دو بود.

یافته‌ها

در این بررسی ۶۳۲ مادر دارای کودک ۳۶-۶ ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند که سواد ۳۲/۸٪ آنها کمتر از سیکل، ۵۱/۷٪ سیکل تا دیپلم و ۱۵/۵٪ بالاتر از دیپلم بود. در مورد وضعیت اشتغال، ۸۷/۳٪ مادران خانه‌دار و ۱۲/۷٪ کارمند بودند. یافته‌ها نشان داد که در خصوص تغذیه کودکان، وضعیت آگاهی ۱۸٪ مادران ضعیف، ۴۱/۸٪ متوسط و ۴۰/۲٪ خوب بود. همچنین

در کشورهای در حال توسعه سوء تغذیه کودکان یک مشکل جدی است بطوریکه بین سالهای ۱۹۹۷-۱۹۹۰ حدود ۱۱٪، ۳۷٪ و ۳۰٪ کودکان این کشورها به ترتیب مبتلاء به کاهش وزن برای قد، از رشد بازماندگی (کاهش قد برای سن) و از دست‌دهی وزن (کاهش وزن برای سن) بودند (۱). شیوع بالای سوء تغذیه و ارتباط آن با میزان میراثی کودکان، نقصان رشد فیزیکی و عدم کفایت رشد اجتماعی و اقتصادی جوامع به عنوان مهمترین مشکل بهداشتی کشورهای جهان سوم شناخته شده (۳، ۲) و در ایران بعد از عفونت تنفسی و اسهال، سوء تغذیه بعنوان سومین عامل مرگ و میر کودکان است و مطالعات انجام شده در مناطق مختلف دلالت بر شیوع نسبتاً بالای سوء تغذیه در میان کودکان زیر ۵ سال دارد (۴) و نشان داده شده که آگاهی، نگرش و کاربست نامناسب مادر یکی از مهمترین فاکتورهای بروز سوء تغذیه در کودکان است (۵-۳). با توجه به نقش آگاهی، نگرش و باورهای تغذیه‌ای در انتخاب غذا و با قبول این فرض که آگاهی تغذیه‌ای با تأثیر بر نگرش و باورهای تغذیه‌ای بر رفتار تغذیه‌ای اثر گذاشته (۶) و در نهایت سبب کاربست رژیم مناسب خواهد شد می‌توان پی برد که برای موفقیت در ارتقاء سطح بهداشت و سلامت در نظر گرفتن نیازها، آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای ضروری است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۶۳۲ نفر از مادران کودکان ۳۶-۶ ماهه تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان انجام گرفت. نمونه گیری به صورت تصادفی طبقه ای انجام شد. بدین ترتیب که از کل ۳۲ مرکز بهداشتی درمانی شهر کرمان تعداد ۸ مرکز بطور تصادفی انتخاب و با توجه به جمعیت تحت پوشش هر مرکز تعداد نمونه مورد نیاز آن مرکز مشخص شد. کار جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از چهار پرسشنامه (عمومی، آگاهی، نگرش، کاربست) و توسط دو کارشناس آموزش دیده انجام شد. پرسشنامه عمومی شامل ۲۵

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران مورد مطالعه بر حسب وضعیت آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای

کاربست (درصد) تعداد	نگرش (درصد) تعداد	آگاهی (درصد) تعداد	
۱۹۹ (۳۱/۵)	۲۴ (۳/۸)	۱۱۴ (۱۸)	ضعیف
۲۶۳ (۴۱/۶)	۱۴۳ (۲۲/۶)	۲۶۴ (۴۱/۸)	متوسط
۱۷۰ (۲۶/۹)	۴۶۵ (۷۳/۶)	۲۵۴ (۴۰/۲)	خوب
۶۳۲ (۱۰۰)	۶۳۲ (۱۰۰)	۶۳۲ (۱۰۰)	جمع

وضعیت کاربست ۳۱/۵٪ مادران ضعیف، ۴۱/۶٪ متوسط و ۲۶/۹٪ خوب بوده و وضعیت نگرش ۳/۸٪ مادران ضعیف، ۲۲/۶٪ متوسط و ۷۳/۶٪ خوب بود (جدول ۱). وابستگی آماری معنی دار بین سواد مادر با آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر مشاهده شد. درآمد سرانه خانوار با آگاهی تغذیه‌ای مادر وابستگی آماری معنی دار داشت ولی با کاربست و نگرش تغذیه‌ای مادر هیچگونه ارتباطی نداشت (جدول ۲، ۳، ۴). بین سن مادر با آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر وابستگی مشاهده نشد. همبستگی مثبت معنی دار بین سه متغیر آگاهی و نگرش و کاربست وجود داشت.

جدول ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران مورد مطالعه بر حسب وضعیت آگاهی، سواد مادر و درآمد سرانه

وضعیت سواد مادر	وضعیت درآمد سرانه خانوار			وضعیت سواد مادر	وضعیت درآمد سرانه خانوار			آگاهی تغذیه‌ای مادر
	جمع	خوب	کم		جمع	خوب	متوسط	
ضعیف	۱۰۶ (۱۷/۸)	۴ (۶/۵)	۱۰۲ (۱۹/۱)	۱۱۴ (۱۸)	۴ (۴/۱)	۵۲ (۱۵/۹)	۵۸ (۲۸)	ضعیف
متوسط	۲۴۲ (۴۰/۷)	۲۱ (۳۳/۸)	۲۲۱ (۴۱/۵)	۲۶۴ (۴۱/۸)	۳۶ (۳۶/۷)	۱۳۲ (۴۰/۴)	۶۹ (۴۶/۴)	متوسط
خوب	۲۴۷ (۴۱/۵)	۳۷ (۵۹/۷)	*۲۱۰ (۳۹/۴)	۲۵۴ (۴۰/۲)	۵۸ (۵۹/۲)	۱۴۳ (۴۳/۷)	*۵۳ (۲۵/۶)	خوب
جمع	۵۹۵ (۱۰۰)	۶۲ (۱۰۰)	۵۳۳ (۱۰۰)	۶۳۲ (۱۰۰)	۹۸ (۱۰۰)	۳۲۷ (۱۰۰)	۲۰۷ (۱۰۰)	جمع

* p < ۰/۰۵

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران مورد مطالعه بر حسب وضعیت کاربست، سواد مادر، درآمد سرانه.

وضعیت سواد مادر	وضعیت درآمد سرانه خانوار			وضعیت سواد مادر	وضعیت درآمد سرانه خانوار			کاربست تغذیه‌ای مادر
	کم	جمع	خوب		کم	جمع	خوب	
ضعیف	۱۸۳ (۳۰/۸)	۱۵ (۲۴/۲)	۱۶۸ (۳۱/۵)	۱۹۹ (۳۱/۵)	۲۰ (۲۰/۴)	۹۲ (۲۸/۱)	۸۷ (۴۲)	ضعیف
متوسط	۲۴۸ (۴۱/۷)	۳۲ (۵۱/۶)	۲۱۶ (۴۰/۵)	۲۶۳ (۴۱/۶)	۴۴ (۴۴/۹)	۱۳۷ (۴۱/۹)	۸۲ (۳۹/۶)	متوسط
خوب	۱۶۴ (۲۷/۶)	۱۵ (۲۴/۲)	۱۴۹ (۲۸)	۱۷۰ (۲۶/۹)	۳۴ (۳۴/۷)	۹۸ (۳۰)	*۳۸ (۱۸/۴)	خوب
جمع	۵۹۵ (۱۰۰)	۶۲ (۱۰۰)	۵۳۳ (۱۰۰)	۶۳۲ (۱۰۰)	۹۸ (۱۰۰)	۳۲۷ (۱۰۰)	۲۰۷ (۱۰۰)	جمع

p < * ۰/۰۵

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران مورد مطالعه بر حسب وضعیت نگرش، سواد مادر، درآمد سرانه.

کم	وضعیت سواد مادر			کم	وضعیت درآمد سرانه خانوار		
	متوسط	خوب	جمع		خوب	جمع	کم
ضعیف	۱۱ (۵/۳)	۱۱ (۳/۴)	۲ (۲)	۲۴ (۳/۸)	۱۸ (۳/۴)	۲ (۳/۲)	۲۰ (۳/۴)
متوسط	۶۴ (۳۰/۹)	۷۱ (۲۱/۷)	۸ (۸/۲)	۱۴۳ (۲۲/۶)	۱۲۵ (۲۳/۵)	۱۰ (۱۶/۱)	۱۳۵ (۲۲/۷)
خوب	*۱۳۲ (۶۳/۸)	۲۴۵ (۷۴/۹)	۸۸ (۸۹/۸)	۴۶۵ (۷۳/۶)	۳۹۰ (۷۳/۲)	۵۰ (۸۰/۶)	۴۴۰ (۷۳/۹)
جمع	۲۰۷ (۱۰۰)	۳۲۷ (۱۰۰)	۹۸ (۱۰۰)	۶۳۲ (۱۰۰)	۵۳۳ (۱۰۰)	۶۲ (۱۰۰)	۵۹۵ (۱۰۰)

* p < ۰/۰۵

نگارنده
تغذیه‌ای مادر

(سواد کمتر از سیکل بعنوان سواد کم، سیکل تا دیپلم متوسط و بالاتر از دیپلم خوب و درآمد سرانه کمتر از شصت هزار تومان بعنوان کم و بالاتر از این مقدار خوب در نظر گرفته شد)

بحث

مسئله سوء تغذیه یک مشکل جدی کودکان کشورهای در حال توسعه بوده (۱) و مطالعات انجام شده در مناطق مختلف دلالت بر شیوع نسبتاً بالای سوء تغذیه در میان کودکان زیر ۵ سال دارد (۴) و آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادر به عنوان یکی از فاکتورهای تاثیرگذار بر وضعیت تغذیه کودک می باشد (۳). مطالعه سال ۱۳۷۵ دو ناحیه حاشیه نشین شهر کرمان نشان داد که ۱۷/۹٪، ۵۴/۸٪ و ۲۷/۵٪ مادران به ترتیب از آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مطلوب برخوردارند (۵) که در مقایسه با جامعه مورد مطالعه وضعیت آگاهی و نگرش آنها بدتر ولی وضعیت کاربست آنها مشابه جامعه مورد بررسی است. نتایج تعدادی از مطالعات انجام شده مؤید ارتباط آماری معنی دار بین KAP تغذیه‌ای مادر و وضع تغذیه کودک است (۹، ۸) و مطالعه سال ۱۹۹۴ در ناحیه روستایی Sichuan چین و مطالعه سال ۱۹۹۲ اسوتو نشان داد که آموزش تغذیه و افزایش آگاهی مادران می تواند منجر به بهبود رشد کودکان شود (۹، ۱۰).

نحوه مراقبتی که مادران از کودکان به عمل می آورند تا حدود زیادی بستگی به آگاهی های آنها دارد و یکی از دلایل اختلالات تغذیه‌ای کودکان عدم آگاهی مادران در خصوص مسائل بهداشتی و تغذیه‌ای کودکان است (۱۱) با قبول این فرض که آگاهی تغذیه‌ای با تأثیر بر نگرش و باورهای تغذیه‌ای بر رفتار تغذیه‌ای اثر می گذارد (۶) طبیعی است که KAP تغذیه ای مادر با وضع تغذیه کودک وابستگی آماری معنی دار داشته باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر کم بودن آگاهی تغذیه ای و کاربست نامناسب مادران، می طلبد که با آموزش مداوم و مستمر مادران در زمینه تغذیه و بهداشت کودک و ارتقاء آگاهی تغذیه‌ای مادران و ایجاد نگرش و عملکرد تغذیه‌ای صحیح گامی مؤثر در جهت بهبود وضع تغذیه کودکان برداشته شود و نهایتاً اینکه اجرای طرحهای تحقیقاتی در خصوص شناسایی بهتر وضع تغذیه و عوامل مؤثر بر آن و همچنین ارائه راهکارهای مناسب باید مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از خانم مریم مرادی شهربابک و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدر دانی به عمل می آورند.

REFERENCES

1. UNICEF. The state of the world's children 1998. Oxford : Oxford University Press, 1998a.
2. Abbi R., Christian P., Gujral S., Gopaldas T. Mothers nutrition knowledge and child nutritional status in India food. Nutr bull. 10(3): 51- 54, 1988.
3. Gupta MC., Mehrotra M., Arora S., Saran M. Relation of childhood malnutrition to parental

education and mothers' nutrition related KAP. Indian J Pediatr. 58: 269 – 74, 1991.

۴. امین پور، آ. امیدوار، ن. وضع تغذیه در ایران. فهرست تشریحی مقالات تغذیه ای کشور، انتشارات انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، جلد دوم ۱۳۷۲.

۵. کیقبادی، ک. معتبر، ا. جاراللهی، ن. صدرزاده یگانه، ه. سیاسی، ف.: بررسی ارتباط بین میزان آگاهی، نگرش و کاربست تغذیه‌ای مادران حاشیه نشین شهر کرمان با وضع تغذیه و رشد کودکان ۶۰-۶ ماهه. چکیده مقالات چهارمین کنگره تغذیه ایران، تهران ۱۳۷۵، ص ۱۸۲.
6. Tepper BJ., Choi YS., Nayga RM. Understanding food choice in adult men: Influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary resturant. Food Quality. 3 : 307-317, 1997.
۷. سیف، ع.ا.: روشهای اندازه گیری و ارزشیابی آموزشی. ویرایش دوم، انتشارات آگاه، تهران، زمستان ۱۳۷۶، صفحات ۳۸۱-۳۸۰.
8. Chirmulay D., Nisal R. Nutritional status of tribal under five children in Ahmदनagar District, Maharashtra in relation to weaning/feeding practices Indian Pediatr. 30: 215-22, 1993.
9. Ruel MT., Menon P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. J Nutr. 132 : 1180-7, 2002.
10. George SG., Heng-Chun F., Xiao M. Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan. China J Nutr. 130: 1204 – 1211, 2000.
11. Sinha A., Kumar AR. Infant growth in relation to feeding practices in low income families. Indian J pediatrics. 28 : 57- 64, 1991.