

# نقش مشارکت مادران در تغییر عملکرد آنان در زمینه رشد و تغذیه کودک در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۲

پرستو گلشیری<sup>۱</sup>، بهزاد شمس<sup>۲</sup>، احمدرضا زمانی<sup>۳</sup>، سیامک پورعبدیان<sup>۴</sup>، اکبر حسن زاده<sup>۵</sup>

یافته / سال ششم / شماره ۲۰

## چکیده

**مقدمه:** بررسی کشوری رشد کودکان نشان داده است که درصد زیادی از کودکان کشور دچار افت رشد هستند. از طرفی، مشارکت مردمی از اصولی است که سازمان بهداشت جهانی و منابع علمی برای ارتقای سلامت بر آن تاکید دارند. بنابراین می توان یکی از راهکارهای بهبود رشد کودکان را توجه به مشارکت بیشتر مادران دانست. در مطالعه حاضر با ارائه یک الگوی مشارکت مادران، بهبود عملکرد آنان در مراقبت از کودکان خود بررسی می شود.

**مواد و روشها:** مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی مبتنی بر جامعه (community - based trial) است و بر روی ۷۴ زوج مادر و کودک انجام شده است. بدین منظور الگویی با استفاده از سه منبع (سطوح مشارکت مردمی، تجارب کشور ایران و سایر کشورها در مورد مشارکت و الگوی CIPP) و هم چنین در نظر گرفتن ویژگی های فرهنگی - اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور طراحی شد. موضوع مشارکت، رشد و تغذیه کودکان بود. برای اجرا با همراهی گروه اصلی مادران داوطلب، نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا، نظارت و ارزشیابی پروژه انجام شد. عملیات با آموزش گروه یاد شده آغاز و توسط آنها به کلیه مادران انتقال داده شد. به منظور ارزشیابی این الگو، شاخص های دستیابی به اهداف در زمینه دانش و عملکرد و توانمندی های فردی و اجتماعی مادران تعیین گردید و از طریق مصاحبه، مشاهده و تکمیل پرسش نامه، اطلاعات جمع آوری و با نرم افزار SPSS و آزمون های آماری ویل کاکسون، مک نمار و t زوج تحلیل گردید.

**یافته ها:** میانگین مجموع نمرات آگاهی مادران در زمینه محتوای آموزشی الگو، قبل و پس از مداخله به ترتیب ۲۳ و ۳۴ و میانگین مجموع نمرات عملکرد آنان قبل و پس از مداخله ۴۷/۳ و ۶۰/۲ بود (اختلاف معنی دار با  $p < 0/001$ ).

شاخص های حاصل از مشارکت مانند تأثیر بر اعتماد به نفس، اشتیاق به یادگیری مطالب جدید، تمایل به استمرار فعالیت گروه، تمایل به حل مشکلات و ابتکار در زندگی تغییرات شایان توجهی داشت. نتایج طرح از جمله اثربخشی، حاصل نهایی، استمرار برنامه و قابلیت انتقال آن با الگوی CIPP ارزشیابی شد.

**نتیجه گیری:** افزایش سطوح همکاری مادران در ابعاد مختلف مشارکت شامل ارزیابی نیازها، اجرا، نظارت، ارزشیابی و تشکیل یک تشکل مردمی (NGO) بهبود قابل توجهی را در دانش و عملکرد مادران در زمینه مراقبت از کودکان خود ایجاد کرد. هم چنین سبب افزایش توانمندی های فردی و اجتماعی آنان شد که بیانگر کارایی الگوی ارائه شده بود. از آنجا که در طراحی این الگو به ویژگی های فرهنگی - اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور توجه شده است، می توان آن را در سایر مناطق و برای توسعه خدمات بهداشتی دیگر به کار برد.

**واژه های کلیدی:** مدل ارزشیابی CIPP، مشارکت مردمی، پایش رشد، تغذیه، آموزش بهداشت، آگاهی، عملکرد، کودک

۱- دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- دانشیار گروه اطفال دانشکده پزشکی و معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- استادیار و مدیر گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه بهداشت حرفه ای

۵- استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه آمار و اپیدمی

## مقدمه

تولد سالانه بیش از یک میلیون کودک در کشور ما دلیلی بسیار محکم برای پرداختن به جنبه های جسمی و روانی تأمین سلامت کودک است.

بررسی کشوری ارزیابی رشد کودکان (ANIS)<sup>۱</sup> در سال ۱۳۷۷ نشان داد، درصد زیادی از کودکان کشور دچار افت رشد هستند که از ۶ ماهگی شروع می شود و در ۱۸ ماهگی به اوج خود می رسد و پس از آن کودک هیچ گاه وزن از دست رفته را باز نمی یابد(۱). همچنین این تحقیق نشان داد در استان اصفهان از هر ۹ کودک یک نفر کم وزنی شدید یا متوسط و از هر ۳ یا ۴ کودک یک نفر کم وزنی خفیف دارد. حدود ۳۷ درصد از مادران کارت پیش رشد را نمی شناسند و قریب ۷۰ درصد آنان تفسیر درستی از منحنی وزن کودک خود ندارند(۱).

با توجه به این واقعیت ها، زمان آن فرا رسیده تا به کیفیت الگوی رشد کودکان عمیق تر بنگریم و از یافته های تحقیقات کشوری و تجارب جهانی برای افزایش توانمندی های جسمی و روحی کودکان کشور بهره گیریم (۲). از جمله این تجارب جهانی به کاربردن فعالیت های مشارکت مردمی در ارتقای سلامت جامعه است. به طوریکه امروزه WHO اعلام کرده است مشارکت مردمی پایه ارتقای سلامت و کلید اصلی ارائه خدمات بهداشتی اولیه است(۳).

با توجه به سطوح مختلف مشارکت مردمی، در کشور ما در حال حاضر تنها اولین و گهگاه دومین سطح مشارکت یعنی مشارکت مردم در منافع برنامه و در فعالیت های برنامه به کار گرفته می شود و سطوح بالاتر، یعنی مشارکت مردم در انجام برنامه ریزی ها، اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه ها، جایگاه مشخصی در سیستم بهداشت و درمان کشور ندارد (۴).

از این رو مطالعات وسیعی به منظور آشنایی با الگو هایی که برای افزایش سطح مشارکت مردمی در کشور ما و نیز در کشورهای در حال توسعه با ساختار مشابه به کار رفته است، انجام شد. در این راستا، الگو های به کار رفته در کشورهای

هند، کنیا، تانزانیا، بولیوی، بنگلادش، زئیر، نیجریه و نیز کشور خودمان، مورد ارزیابی قرار گرفت. در این کشورها، افزایش مشارکت مردمی سبب بهبود قابل توجه وضعیت بهداشتی جامعه آنها شده بود که از آن جمله می توان به کاهش میزان سوء تغذیه اطفال و افزایش توانمندی مادران در پایش رشد کودکان اشاره نمود (۵، ۶، ۷، ۸، ۹).

بدین ترتیب پژوهشگران در قالب تحقیق حاضر، با استفاده از سه منبع (یعنی تجارب مشارکت در کشورمان و سایر کشورها، سطوح مشارکت و الگو CIPP<sup>۲</sup>) و همچنین در نظر گرفتن ویژگی های فرهنگی- اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور، الگوی را به منظور افزایش مشارکت مادران پیرامون رشد و تغذیه کودکان، طراحی نمودند. اهداف این مطالعه عبارت بودند از: ارائه یک الگو به منظور افزایش مشارکت مردمی، بهبود مراقبت از کودکان توسط مادران و افزایش توانمندی های فردی و اجتماعی آنان.

## مواد و روشها

این مطالعه به شکل کارآزمایی مبتنی بر جامعه<sup>۳</sup> طراحی و اجرا شد. جمعیت مورد مطالعه مادران دارای کودک کمتر یا مساوی ۳ سال بود که کودکان آنها تحت پوشش مرکز بهداشتی آزادگان شهرستان اصفهان قرار داشتند. در مجموع ۷۴ زوج مادر و کودک انتخاب شدند. این مطالعه در طی سال ۸۲ اجرا گردید.

در این مطالعه، به منظور افزایش مشارکت مادران در زمینه رشد و تغذیه کودکان، الگوی طراحی شد. برای اجرای این الگو، مراحل مختلف آخرین الگوی CIPP در قسمت های طراحی، اجرا و ارزشیابی انتخاب و به شرح زیر طی گردید:

در مرحله اول کلیه افراد درگیر طرح<sup>۴</sup> و افراد ذی نفع<sup>۵</sup> پروژه مشخص شدند و ضمن برگزاری جلساتی با افراد درگیر در طرح، کلیات پروژه برای آنان شفاف شد.

1. Anthropometric and Nutrition Indicators Surrex
2. Context Input Process Product
3. community - based trial
4. Stakeholder
5. Beneficiaries

پیش از شروع آموزش ها نیز پرسش نامه طرح که به منظور سنجش آگاهی و عملکرد مادران در زمینه موضوعات آموزشی پروژه طراحی شده بود، از افراد داوطلب تکمیل گردید. پس از برگزاری جلسات آموزشی، مجددا پرسش نامه طرح تکمیل و نتایج آن تحلیل گردید. بدین ترتیب نقاط ضعف مادران پیرامون مطالب آموزش داده شده مشخص شده و در جهت رفع آنها آموزش مجدد داده شد.

در مرحله پنجم، به کمک افراد داوطلب، سایر ذی نفع های طرح که در گردهم آیی اولیه شرکت کرده بودند به زیر گروه هایی تقسیم شدند و مسئولیت هر گروه به عهده دو یا سه نفر از افراد داوطلب گذارده شد. در این مرحله، افراد داوطلب آموخته های خود را به مادران زیر گروه خود آموزش دادند. در طول اجرای برنامه، به منظور بررسی چگونگی پیشرفت طرح، پایش فعالیت ها، چگونگی ارتباط با زیر گروه ها و جلب مشارکت آنان، بررسی مشکلات پیش آمده و چگونگی رفع آنها جلساتی دوره ای با حضور مجریان برنامه و افراد داوطلب (سرگروه ها) برگزار گردید. پرسش نامه طرح قبل و پس از تکمیل آموزش زیر گروه ها توسط آنها تکمیل گردید.

در مرحله ششم کلیه فعالیت های طرح با آخرین الگوی CIPP مورد ارزشیابی قرار گرفت و اثرات و نتایج مختلف طرح توسط مجریان برنامه در موارد مراقبت از اطفال و توانمندی های فردی و اجتماعی مادران توسط افراد داوطلب و متولیان سلامت منطقه در کمیته هادی بررسی شد. در زیر به برخی از این اثرات اشاره می شود:

- اثرات طرح بر گروه های دیگر، غیر از گروه هدف از جمله همسران ذی نفع ها، اقوام، آشنایان و همسایگان آنها و نیز فرزندان دیگر خانواده که در گروه سنی مورد نظر طرح قرار نداشتند  
- اثرات طرح بر اعتماد به نفس ذی نفع های شرکت کننده (در این مورد از پرسش نامه استاندارد شده کوپر اسمیت<sup>۲</sup> قبل و پس از اجرای الگو استفاده شد).

این افراد عبارت بودند از: مادران شرکت کننده در طرح، همسایگان، اقوام و آشنایان آنها، متولیان سلامت منطقه اجرای طرح (مسئولان و کارشناسان مرکز و پایگاه بهداشتی آزادگان)، کارشناسان مربوط در مرکز بهداشت استان، گروه پزشکی اجتماعی و برخی اساتید دانشکده پزشکی و بهداشت.

در مرحله دوم اطلاعات زمینه ای لازم از جمله جمعیت زیر سه سال منطقه اجرای طرح، درصد پوشش مراقبت از اطفال زیر سه سال و درصد کودکان تحت مراقبت ویژه زیر سه سال جمع آوری گردید. هم چنین اطلاعات لازم در خصوص منابع، امکانات، مشکلات و نیازهای ناحیه مورد نظر شامل وضعیت اقتصادی، چگونگی دسترسی به مراکز بهداشتی محل، وضعیت تحصیلات، باورها و اعتقادات مردم منطقه، از افراد درگیر در برنامه جمع آوری شد. در این مرحله نظر مجریان از جمله متولیان سلامت منطقه در زمینه چگونگی اجرای پروژه دریافت گردید.

در مرحله سوم افراد ذی نفع طرح در گرد هم آیی فراخوانده شده و پیرامون کلیات طرح، اهداف آن و اثرات مثبتی که اجرای پروژه برای آنان در برخواهد داشت، توضیح داده شد.

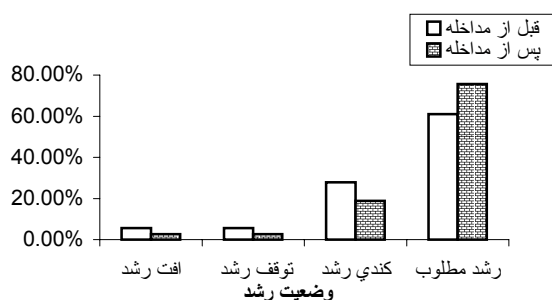
در انتهای جلسه گرد هم آیی، افراد داوطلب شرکت در ادامه طرح انتخاب شدند. به دنبال انتخاب افراد داوطلب، کمیته هادی<sup>۱</sup> پروژه با حضور متولیان سلامت منطقه، مجریان طرح و افراد داوطلب یاد شده تشکیل شد. تصمیم گیری در زمینه چگونگی ادامه طرح، بررسی مشکلات به وجود آمده و چگونگی برخورد با این مشکلات بر عهده این کمیته بود.

در مرحله چهارم، مجریان طرح افراد داوطلب را در قالب یک گروه تحت آموزش قرار گرفتند. محتوای آموزش الگوی حاضر شامل سه موضوع پایش رشد، تغذیه تکمیلی و مراحل تکامل تغذیه ای کودک بود. بر این اساس کلیه موارد لازم برای آموزش افراد داوطلب از جمله طرح درس، جزوات آموزشی مناسب و مکان مناسب آموزش فراهم گردید.

1. Steering committee

2. Coper Smith

کودکان را قبل و پس از اجرای الگو مشارکتی معنی دار نشان داد ( $p < 0.001$ ).



نمودار ۱: توزیع فراوانی وضعیت رشد کودکان در سه ماه گذشته قبل و پس از مداخله

در مورد شناخت مادران از کارت پایش رشد، قبل از مداخله ۷۳ درصد مادران کارت پایش رشد را می شناختند که این امر پس از اجرای الگو به ۱۰۰ درصد افزایش یافت، آزمون مک نمار این اختلاف را معنی دار نشان داد ( $p < 0.001$ ).

قبل از اجرای الگو ۲۴ درصد مادران هدف از پایش رشد را صحیح بیان کردند و پس از اجرای مداخله این میزان به ۷۳ درصد افزایش یافت که از نظر آماری با آزمون ویل کاکسون معنی دار بوده است ( $p < 0.001$ ).

میانگین نمره آگاهی و عملکرد مادران در هر سه موضوع آموزش داده شده پایش رشد، تغذیه تکمیلی و مراحل تکامل تغذیه کودک قبل و پس از مداخله به طور معنی داری متفاوت بود (آزمون  $t$  زوج  $p < 0.001$ ). جدول ۱ و ۲ این مقادیر را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین نمره آگاهی مادران در مورد سه موضوع آموزشی طرح قبل و پس از مداخله

نمره	میانگین قبل از مداخله	میانگین بعد از مداخله
پایش رشد*	۱۰/۸۹	۱۵/۱۶
تغذیه تکمیلی*	۷/۳	۹/۹
مراحل تکامل تغذیه کودک*	۵/۱	۸/۴
در هر سه موضوع*	۲۳	۳۴

\* ( $P < 0.001$ )

اثرات طرح در مورد توجه به نیازهای جامعه عمق، کیفیت، دامنه و اهمیت اثرات برنامه بر ذی نفع های آنان در مواردی از جمله شاخص های رشد گروهی و سنجش تأثیر حضور در گروه بر افراد اثراتی از طرح که پس از اتمام آن استمرار داشته است مانند ادامه فعالیت گروه در قالب یک NGO اثراتی از طرح که قابلیت انتقال دارد از جمله استفاده از الگوی طراحی شده در سایر مناطق و برای توسعه خدمات بهداشتی دیگر

در پایان نیز کلیه اثرات فوق و نتایج طرح در جلسه ای نهایی با حضور افراد درگیر در پروژه ارائه شد. در هر یک از مراحل اشاره شده شاخص ها، ملاک و معیارهای ویژه ای در نظر گرفته شد که میزان دست یابی به اهداف هر مرحله را نمایان می ساخت. کلیه فعالیت های برنامه نیز به طور مداوم مستند و در قالب جدول فعالیت های برنامه تدوین شد. تحلیل آماری:

داده های به دست آمده از پرسش نامه طرح با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS 10 وارد رایانه و تحلیل گردید در بررسی تحلیلی داده ها از آزمون ویل کاکسون<sup>۱</sup>، T زوج و مک نمار<sup>۲</sup> برای مقایسه تغییرات ایجاد شده قبل و پس از اجرای الگو مشارکت مادران متناسب با هر یک از متغیرها استفاده شد.

#### یافته ها

میانگین سنی مادران شرکت کننده در طرح  $4/44 \pm 1/64$  ۲۵ بود. میانگین سنی کودکان  $4/48 \pm 12/38$  (ماه) بود.  $48/6$  درصد کودکان پسر و  $51/4$  درصد کودکان دختر بودند. وضعیت رشد کودک در سه ماه گذشته (بر اساس منحنی پایش رشد کشوری) در چهار حالت افت رشد، توقف رشد، کندی رشد و رشد مطلوب، قبل و پس از مداخله سنجیده شد (نمودار شماره یک). آزمون ویل کاکسون اختلاف وضعیت رشد

1. Willcoxon

2. Mac Nemar

پیشنهاد کردن، نظر دادن، اطلاع رسانی، تشویق کردن سایر اعضا و پرسیدن نظر دیگران  
(۴) تأثیر حضور در گروه بر افراد

این گروه فرصتی برای ایجاد روابطی دوستانه و حمایت گرانه برای اعضای آن فراهم آورد.

(۵) تأثیر بر عزت نفس و خود پنداره

حضور در گروه عزت نفس مادران را افزایش داد. این موضوع از طریق تحلیل پرسش نامه عزت نفس کوپر اسمیت که قبل و پس از اجرای طرح توسط مادران تکمیل گردید، مشخص شد. میانگین نمره مادران قبل از مداخله ۹۵/۵۹ و پس از مداخله ۱۰۵/۴۰ بود. این اختلاف با آزمون Paired - T test معنی دار بود ( $P < 0/001$ ).

(۶) تمایل به حل مشکل و ابتکار در زندگی

در طی برگزاری جلسات ۵۳ درصد از خانم ها برخی از مشکلات زندگی خود را در گروه مطرح کردند و به دنبال رفع آنها برآمدند.

(۷) اشتیاق به یادگیری مطالب جدید

میانگین زمان مطالعه افراد به گفته خود آنها، قبل از اجرای طرح ۷ دقیقه در روز بود. این میزان پس از حضور در گروه و شرکت در جلسات به ۱۵ دقیقه افزایش یافته بود. هم چنین قبل از اجرای طرح ۳۳ درصد از مادران به استفاده از برنامه های علمی رادیو و تلویزیون و کتب علمی در زمینه مراقبت از اطفال تمایل نشان می دادند. این میزان پس از مداخله به ۹۳ درصد افزایش یافته بود.

در بررسی حاصل نهایی برنامه (Impact) اثرات طرح در گروه های دیگر غیر از گروه هدف برنامه، بررسی گردید که برخی از آنها در ادامه آمده است.

در طول اجرای پروژه و پس از پایان آن، مادران شرکت کننده در طرح، از مطالبی که خود آموخته بودند به دیگر اقوام، آشنایان و همسایگان خود آموزش می دادند. این امر قبل از اجرای طرح شامل ۹/۴ درصد از مادران بود و بعد از اجرای آن

جدول ۲: میانگین نمره عملکرد مادران در مورد سه موضوع آموزشی طرح قبل و پس از مداخله

موضوعات آموزشی	میانگین	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله
پایش رشد*	۷/۵۵	۱۱/۳۶
تغذیه تکمیلی*	۱۳/۳	۱۴/۲
مراحل تکامل تغذیه کودک*	۲۳/۳۸	۳۱/۱۵
در هر سه موضوع*	۴۷/۳	۶۰/۲

\* ( $P < 0/001$ )

در بررسی اثربخشی طرح (effectiveness) تغییرات توانمندی های فردی و اجتماعی افراد درگیر در آن، با الگوی ارزشیابی CIPP، مورد ارزیابی قرار گرفت. از جمله این موارد می توان به بهبود شاخص های رشد گروهی مادران اشاره نمود که در زیر آمده است:

۱- میزان پاسخ دهی در حضور جمع یا درصد مشارکت هر نفر در گروه

در ابتدای برگزاری جلسات آموزشی، از یک ساعت برگزاری جلسه به طور متوسط ۵۰ دقیقه مجری طرح و حدود ۸ دقیقه مادران حاضر در گروه صحبت می کردند و به طور متوسط در هر جلسه به غیر از مجری ۲۰ درصد از مادران صحبت می کردند. در جلسات پایانی طرح زمان صحبت کردن مادران به ۴۲ دقیقه در هر جلسه افزایش یافت و تعداد افرادی که در هر جلسه صحبت می کردند به ۸۶ درصد افراد گروه رسید.

(۲) تماس تلفنی افراد گروه با هم

در ابتدای برگزاری جلسات هیچ کدام از افراد با یکدیگر تماس تلفنی نداشتند، پس از برگزاری جلسات گروهی، هر فرد به طور متوسط با دو نفر دیگر ارتباط تلفنی برقرار می کرد.

(۳) تغییر محتوای گفته های افراد در گروه

در ابتدای جلسات محتوای گفته های مادران در گروه شامل مواردی از قبیل: گرفتن اطلاعات، موافقت کردن و مهربانی کردن بود. در جلسات پایانی محتوای گفته های مادران تغییر کرده بود. برخی از آنها شامل موارد زیر است:

بسیاری از کودکان تحت پوشش منطقه بررسی شده، رشد مطلوبی نداشتند (۱۰/۸ درصد) که با نتایج مطالعه ANIS کشوری مطابقت دارد (۱۰/۶ درصد) (۱).

گذشته از آن نتایج بررسی آگاهی و عملکرد مادران در خصوص پایش رشد اطفال که حاکی از فعالیت های آموزشی کارکنان مرکز بهداشتی است، نشان داد که وضعیت آموزشی مادران در موارد یاد شده از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که یک سوم از مادران کارت پایش رشد کودک را نمی شناختند، دوسوم آنان هدف از پایش رشد را نمی دانستند و تنها تعداد کمی از آنها می توانستند منحنی رشد کودک خود را رسم کنند. تمامی موارد یاد شده با مطالعه ANIS تطابق دارد (۱). از موارد ذکر شده چنین برمی آید که برای اثربخشی فعالیت های آموزشی مراکز بهداشتی باید اقدامات دیگری صورت گیرد.

در مطالعه حاضر الگویی به منظور افزایش مشارکت مادران، به کار گرفته شد. ویژگی های این الگو و مقایسه آن با برنامه های مشارکت مردمی سایر کشورها در زیر آمده است:

۱- اجرای این الگو فرصتی فراهم آورد تا مشارکت زنان در منطقه تحت بررسی جلب شود و خود در فعالیت های آموزشی مراقبت از اطفال شرکت نمایند. حاصل این امر ایجاد گروهی از مادران داوطلب بود که برای آموزش مادران دیگر تلاش می کردند. این گروه در پایان طرح نیز به صورت انجمنی با عنوان انجمن «مادر آگاه، کودک سالم» فعالیت های خود را استمرار بخشیدند. تشکیل گروه های داوطلب زنان در بسیاری از نقاط دنیا تجربه شده است که از آن جمله می توان به پروژه سلامت روستایی جامع در ناحیه جامخاد<sup>۱</sup> هند اشاره کرد. در این پروژه یک انجمن زنان به نام انجمن ماهیلاماندال<sup>۲</sup> تشکیل شد. این گروه از زنان در فعالیت های بسیاری شرکت داشتند و نقش مهمی در تغییر نگرش مردم و آموزش عادات بهداشتی صحیح ایفا

به ۵۲/۸ درصد افزایش یافت (اختلاف معنی دار با آزمون ویل کاکسون ( $p < 0/001$ )).

هم چنین تعدادی از مادران که دارای فرزند دیگری (غیر از گروه سنی مورد نظر طرح) بودند، خواهان بهبود رفتار تغذیه ای این فرزندان خود شدند و در این راستا اقداماتی نیز انجام دادند. با اتمام پروژه، اثراتی از برنامه که پس از پایان طرح استمرار یافته بود (Sustainability) بررسی گردید. برخی از آنها شامل موارد زیر است:

صدر صد خانم ها به ادامه فعالیت گروه تشکیل شده، اشتیاق نشان دادند.

قبل از اجرای طرح ۲۳ درصد مادران منحنی رشد کودک خود را خود رسم می کردند، پس از اتمام طرح این میزان به ۱۰۰ درصد افزایش یافت. آزمون ویل کاکسون اختلاف یاد شده را معنی دار نشان داد ( $P < 0/001$ ).

قبل از اجرای طرح ۶۸ درصد مادران در موعد مقرر برای مراقبت از کودک خود به مرکز بهداشت مراجعه می کردند، پس از اتمام طرح این رقم به ۱۰۰ درصد افزایش یافت. آزمون مک نمار اختلاف توسط معنی داری را نشان داد ( $P < 0/001$ ).

۷۳ درصد مادران، پیش از اجرای الگو به طور مرتب به کودک خود قطره آهن و ویتامین A و D (متناسب با سن کودک) می دادند. پس از اجرای طرح این میزان به ۱۰۰ درصد افزایش یافت (اختلاف معنی دار با آزمون ویل کاکسون  $P < 0/005$ ).

از موارد دیگری که در پایان پروژه ارزیابی شد، قابلیت انتقال برخی از آثار برنامه بود. امکان استفاده از الگو مشارکت مادران به کار گرفته شده در این طرح، در مناطق دیگر و برای توسعه خدمات بهداشتی دیگر از جمله تنظیم خانواده، مراقبت از مادران باردار و مراقبت از سالمندان، توسط کارشناسان مربوط بررسی و تأیید گردید

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که با وجود فعالیت های انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی برای مراقبت از اطفال، هنوز هم

1. Jamkhad

2. Mahila Mandal

استفاده از شیوه آموزش ویژه بزرگسالان<sup>۲</sup> به یادگیری مطالب از سوی مادران کمک فراوانی نمود. تأکید بر شفاف بودن مطالب آموزشی و تدوین طرح درس مناسب پیش از آموزش مردم از نکات دیگری است که در گزارشات اجرای پروژه های مشارکت مردمی کشورهای دیگر نیامده است. در مطالعه حاضر شیوه آموزش بزرگسالان استفاده گردید و تدوین طرح درسی مناسب مد نظر قرار گرفت.

۵- سادگی الگو از ویژگی های دیگری بود که به اجرای موفق آن کمک نمود. در مطالعات دیگر نیز به سادگی الگو توجه قرار گرفته است از جمله در پروژه سلامت روستایی جامع کشور هند، ساده کردن تکنیک های اجرایی در نظر گرفته شده است (۵). در مطالعه کنترل شده تصادفی نیز که در کشور ژئیر به منظور جلب مشارکت مادران برای بهبود عادت بهداشتی فردی و خانوادگی انجام شده، به سادگی الگو توجه شده است (۸).

۶- از جمله ویژگی های بسیار کلیدی طرح، شیوه برقراری ارتباط با مادران شرکت کننده در طرح بود، به گونه ای که می توان گفت بدون برقراری ارتباط مؤثر با افراد گروه نتایج مورد نظر طرح به دست نمی آمد. توجه به چگونگی برقراری ارتباط با مادران با هدف توانمندسازی آنان، در مطالعه ای در کشور تایلند لحاظ شده است. این امر نقش عمده ای در توسعه بهداشت و حل مشکلات مردم در ایالت چاینگ مای<sup>۳</sup> این کشور داشته است (۱۰، ۱۱).

در ادامه بحث به برخی از این موارد به اجرا در آمده در مطالعه حاضر می پردازیم.

الف) در برگزاری جلسات با افراد ذی نفع طرح به جزئیاتی همچون چگونگی نشستن افراد در کنار یکدیگر نیز توجه می گردید. مجری طرح در کنار دیگر افراد گروه نشست و خود را

نمودند (۵). تشکیل باشگاه زنان در طرح کارناتاکی<sup>۱</sup> کشور هند نیز سبب بهبود کیفیت فعالیت های تنظیم خانواده در منطقه اجرا شده گردید (۵). تجربه دیگری در تانزانیا برای مشارکت مادران در بهبود رشد کودکان به کار گرفته شد که سبب بهبود شاخص های رشد کودکان در منطقه اجرای طرح شد (۵).

۲- الگوی حاضر با استفاده از سه منبع (سطوح مشارکت، تجارب ملی و سایر کشورها در مورد مشارکت و الگوی (CIPP) طراحی شده است. استفاده هم زمان از سه منبع ذکر شده در طراحی الگو ابداعی، در پروژه های مشارکت مردمی کشورهای دیگر دیده نمی شود. همچنین از آنجا که در طراحی الگو به ویژگی های فرهنگی - اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور توجه شده است می توان از آن در سایر مناطق کشور و برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی دیگر مانند تنظیم خانواده، مراقبت از مادران باردار و سایر خدمات استفاده نمود.

۳- برقراری ارتباط خوب با متولیان سلامت منطقه و کارکنان مراکز بهداشت، مشارکت دادن آنان در مراحل طرح و تشویق آنان از سوی مجریان سبب همکاری زیاد آنها در اجرای فعالیت های پروژه شد که این امر خود در ادامه فعالیت های طرح نقش مؤثری ایفا نمود. در مطالعات کشورهای دیگر پیرامون چگونگی جلب همکاری کارکنان بهداشتی محلی مطلبی مطرح نشده است. به نظر می رسد در اجرای برنامه های مشابه لازم است برای برقراری ارتباط مناسب بین کارکنان طرح و نیروهای دولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی نیز تمهیداتی اندیشیده شود.

۴- ارائه آموزش های طرح به زبان ساده و مشخص نمودن مطالب آموزشی لازم برای مادران طبق طرح درس از پیش تدوین شده کمک کرد تا به طور شفاف نکات آموزشی لازم معین گردد و در زمان کافی به فراگیران آموخته شود.

1. Karantaka  
2. Adult learning

3. Chiang Mai

عضوی از گروه می خواند (نه فردی که از بیرون برای کمک به افراد آمده است).

ب) به شخصیت انسان ها در گروه بها داده می شد و با هر عضوی از گروه با احترام برخورد می شد. جریان مکالمات یک طرفه نبود و همه اعضا فرصت صحبت کردن و اظهار نظر داشتند.

پ) قبل از شروع آموزش مطالب جدید در هر جلسه ابتدا در خصوص مسائلی از جمله خودشناسی، اعتماد به نفس و برخورد با مشکلات زندگی که مادران برای بحث پیرامون آنها از خود تمایل نشان می دادند، صحبت می شد. مادران مشکلات زندگی خود را با بقیه گروه مطرح کرده و در مورد آنها با یکدیگر بحث و تبادل نظر می کردند. صحبت پیرامون مسائل یاد شده و داشتن کاربرد عملی مشاوره ها در زندگی آنان سبب شد تا جلسات آموزشی برای مادران جذاب شود و با اشتیاق در ادامه طرح شرکت نمایند. در مطالعه ای که در کشور اندونزی انجام شده است، تشکیلات کشوری از زنان، تحت عنوان جنبش رفاه خانواده ایجاد شده و مواردی از قبیل خودیاری جامعه و حل مشکلات خانواده نیز در برنامه های آموزشی آنان قرار گرفته است (۱۲).

ت) پس از گذشت مدتی از شروع طرح، حضور مداوم اعضا در جلسات و تعاملاتی که بین آنان پدید آمد، سبب ایجاد تأثیرات مهمی شد. تأثیراتی که طرح بر همسران ذی نفع های برنامه، اقوام، آشنایان و همسایگان آنها و نیز فرزندان دیگر خانواده که در گروه سنی مورد نظر طرح قرار نداشتند، ایجاد نموده بود، گویای این امر است. اعتماد به نفس مادران که قبل و پس از اجرای طرح با پرسش نامه استاندارد شده کوپر اسمیت سنجیده شد، به طور معنی داری افزایش یافته بود.

افزایش اعتماد به نفس ذی نفع های برنامه در مطالعات کشورهای دیگر نیز گزارش شده است از جمله این مطالعات می توان به پروژه کارناتاکای<sup>۱</sup> هند اشاره نمود. در گزارش نتایج این

مطالعه، به افزایش اعتماد به نفس افراد شرکت کننده اشاره شده است (۵).

ث) حضور تعدادی از افراد در یک گروه شاخص های رشد گروهی را بهبود بخشید. مواردی همچون صحبت کردن در حضور جمع، احساس لذت از حضور در گروه، تغییر محتوای گفتار افراد، تأثیر بر خودپنداره و عزت نفس گروهی، تمایل به حل مشکل و ابتکار در زندگی، اشتیاق به یادگیری مطالب جدید و در نهایت افزایش احساس لذت از زندگی خود نیز از دیگر اثرات طرح بر ذی نفع های برنامه بود.

در این مورد نتایج مشابهی در کشور اندونزی به دست آمده است. رویکردی که در پروژه انجام شده در منطقه ماوز دیری<sup>۲</sup> این کشور انجام شده، مبتنی بر تشکیل حلقه های حل مشکل بوده است. از طریق این رویکرد، برخی از مشکلات مردم توسط خود آنها شناخته شده و برای رفع آنها گام هایی برداشته شده است. هم چنین از این طریق توان خلاقیت و نوآوری مردم گسترش یافته است (۵).

ج) پس از اتمام طرح اثراتی از طرح که ادامه یافته بود سنجش گردید. مواردی همچون اشتیاق اعضای گروه برای استمرار فعالیت آن به عنوان انجمن «مادر آگاه، کودک سالم» و رسم منحنی رشد کودک توسط هر مادر مراجعه به موقع آنان به مرکز بهداشت از جمله اثرات ادامه یافته طرح بود.

توجه به جنبه های شاخص های رشد و پویایی گروه مادران داوطلب و اندازه گیری تأثیر حضور در گروه بر افراد، این امکان را در اختیار مجریان قرار داد تا آثار تغییرات توانمندی های فردی و اجتماعی افراد ذی نفع طرح را مطالعه و در زمان اجرای طرح تحلیل نمایند. به نظر می رسد حضور در گروه به ویژه در مورد افرادی مانند خانم های خانه دار که امکان کمتری برای ایجاد ارتباط و برقراری تعاملات اجتماعی با دیگر افراد جامعه دارند، در رشد اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس آنان نقش به سزایی ایفا می نماید.

1. Karnataka

2. Mawas Diri



راهنمایی های ارزنده شان در طراحی و اجرای پروژه سیاستگزاری می نمایند.

## References

- ۱- گروه مؤلفان. سیمای تغذیه کودکان در استان ها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی اداره تغذیه. با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ۱۳۷۷
- ۲- کلاهدوز ف، شیخ السلام ر. دستورالعمل کارت مراقبت کودک. تهران : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، ۱۳۸۰
3. Rifkin SB. Community Participation in maternal and child health / family planning programmes. Geneva WHO, 1990
- ۴- عباسی، گ. درس هایی از مشارکت جامعه در توسعه بهداشت. تهران : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت امور بهداشتی، ۱۳۷۴
5. Bhuiya A, Yasmin F , Begum F, Rob U. Community participation in health , family planning and development activities a review of international experiences. Bangladesh. The population council, 1996
6. Kahassany HM, Oakley P. Community involvement in health development. Malta: WHO , 1999.
7. Winter R, Giddings CM. Action research in health and social care. New York : Routledge , 2001.
8. Ashworth A, Manumebo M , Muladi B. Community based hygiene education to reduce diarrheal dis. In rural Zaire. Int J. Epidemiol. 1994 Oct ; 23(5).
9. Serigne M, Nidaye, Quick L, Sanda. The value of community participation in disease surveillance : a case study from Niger. Health Promotion International. 2003. Vol. 18 , Iss. 2 ; p.89

از جمله نقاط قوت دیگر طرح استفاده از آخرین الگوی الگو CIPP بود(۱۳،۱۴). این الگو در تمام مراحل طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه استفاده گردید. به کار بردن الگو CIPP برای مجریان طرح این امکان را فراهم آورد تا کلیه آثار برنامه را از قبیل حاصل نهایی، اثربخشی، قابلیت استمرار و قابلیت انتقال طرح را که پیش از این اشاره شد، بررسی و ارزیابی نمایند. این اثرات در مطالعات مشارکت مردمی کشورهای دیگر کمتر بررسی شده است. مجریان طرح هم چنین برای هر یک از مراحل اجرای برنامه بر اساس الگوی CIPP، شاخص ها، ملاک و معیارهای ویژه ای در نظر گرفتند تا بتوانند در طول هر مرحله، میزان موفقیت اجرای طرح را ارزیابی نمایند.

نتایج حاصله نشان داد که طرح حاضر به اهداف خود (شامل ارائه یک الگو به منظور افزایش مشارکت مردمی، بهبود مهارت های مراقبت از کودکان و افزایش توانمندی های فردی و اجتماعی مادران) دست یافته است. این امر حاکی از کارایی الگوی ابداعی به کار گرفته شده در طرح است.

مطالعه حاضر نشان داد که مشارکت مردم در فعالیت های بهداشتی یکی از شیوه های مؤثر توانمندسازی آنان به شمار می رود و سبب افزایش سطح سلامت جامعه می شود. هم چنین نتایج تحقیق نشان داد که از طریق برنامه های مشارکت مردمی می توان خدمت گیرندگان را در فرآیند آموزش خود دخیل نمود و به سطح عمیق تری از آموزش سلامت دست یافت. محققان طراحی برنامه های استراتژیک مشخص را به منظور گسترش فرهنگ مشارکت با هدف توانمندسازی مردم پیشنهاد می نمایند.

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولان مرکز و پایگاه آزادگان، خانم دکتر مشتاقیان و خانم اسفند به سبب همکاری بی شائبه شان در اجرای مراحل طرح ابراز می دارند. هم چنین از آقای شهریار مسعود به سبب

10. Ougkittikul T, Tansakul O. Health and social development in Thailand. Bangkok : Royal thaigovernment , Who. 1988.
11. Winichagoon P. Prevention and control of anemia ; Thailand experiencers. The Journal of Nutrition. Bethesda : Apr 2002. Vol. 132, Iss. 4S ; p. S862
- ۱۲- ویلیامز، گلن. همه برای بهداشت. ترجمه سعاد محفوظ پور، سیدرضا پرپین چی، تهران : نشر شهر آب، ۱۳۷۳.
- ۱۳- احسانپور س، جمشیدی ح. جزوه الگوی ارزشیابی CIPP. ۱۳۷۹.
14. Stufflebeam D. Evaluation checklists project. June 2002. Available from URL: <http://www.wmich.edu/evalctr/checklists>

Archive of SID