



Investigating the Effect of Education Based on the Health Belief Model on Safe Behavior Preventing Children's Injuries in Mothers with under 5-Years Children

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Heidarikia S.¹ MSc,
Araban M.^{*2} PhD,
Babaei Heydarabadi A.³ PhD,
Latifi S.M.³ PhD

How to cite this article

Heidarikia S, Araban M, Babaei Heydarabadi A, Latifi S.M. Investigating the Effect of Education Based on the Health Belief Model on Safe Behavior Preventing Children's Injuries in Mothers with under 5-Years Children. Journal of Education and Community Health. 2020;7(4):247-255.

¹Department of Health Education and Promotion, Public Health School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

²"Department of Health Education and Promotion, Public Health School", and "Social Determinant of Health Research Center", Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

³Department of Biostatistics and Epidemiology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

*Correspondence

Address: Public Health School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. Postal Code: 6137515751.

Phone: +98 (61) 33738269

Fax: +98 (61) 3311643

arabanm@ajums.ac.ir

Article History

Received: March 12, 2020

Accepted: June 20, 2020

ePublished: December 20, 2020

ABSTRACT

Aims Improving children's health is one of the most important indicators of a community's health and preventing injuries in children requires safety. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of theory-based education (Health Belief Model) on mothers' safety behavior in preventing injuries from pediatric accidents.

Materials & Methods This semi-experimental study was conducted with 220 mothers with children under 5 years old. The data collection tool was a questionnaire based on knowledge, Health Belief Model constructs, behavior, and home safety checklist that was completed before and after educational intervention in both control and test groups by a Self-Report Method. The educational intervention based on the Health Belief Model was performed in 3 sessions using feedback speech, group discussion, clip display, and images. Data were analyzed by SPSS 22 statistical software and Mann-Whitney, Wilcoxon, t, and Chi-Square tests.

Findings The mean age and standard deviation of mothers were 28.50±5.20 years. There was a significant difference between the mean score of awareness, behavior, home safety and structural beliefs of the health belief model in the intervention group before and after the educational intervention (p<0.001) and in the control group between the mean score of perceived sensitivity and perceived barriers, behavior, home safety increased significantly. There was a significant difference in the score difference each of the variables before and after the intervention between the two groups.

Conclusions The educational program designed based on the Health Belief Model is effective in improving mothers' beliefs and enhancing the safety behavior of mothers in preventing children's accidents.

Keywords Mothers; Child; Education; Injury; Prevention

CITATION LINKS

[1] Preventing injuries must be a priority ... [2] Assessment the effect of educational ... [3] Effects of a safety-awareness-promoting ... [4] Leading causes of death ... [5] Situation analysis of children ... [6] Predictors accident structures in mothers ... [7] Attitudes of women from Jiroft ... [8] Household accidents awareness of preventive ... [9] The epidemiological pattern of injuries ... [10] Social determinants of health and home ... [11] Family-based tool to assess home safety ... [12] 10 facts on injuries to children ... [13] Approaches used by parents to keep ... [14] Effect of theory-based education ... [15] Effect of an educational program based ... [16] The effect of education on preventive ... [17] Factors associated with mothers' beliefs ... [18] Knowledge and attitudes of educated ... [19] Effect of a model-based educational ... [20] The effect of educational intervention ... [21] Supervising for home safety program ... [22] Application of the health belief model to teach ... [23] A behavioral strategy to minimize air ... [24] Health belief model based evaluation of school ... [25] Health belief model-based intervention ... [26] Effect of educational intervention based ... [27] The effectiveness of education based ... [28] The effect of an educational program ... [29] Prediction of safe driving Behaviours based ... [30] The effect of an intervention based on ... [31] The factors related to mothers' beliefs and behaviors ... [32] Injury prevention education in the waiting ... [33] Home safe home: Evaluation of a childhood ... [34] The association between pediatric injury ... [35] Cervical cancer literacy in women of ...

تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام رفتار ایمن در پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان در میان مادران دارای کودک زیر ۵ سال

سارا حیدری کیا MSc

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

مرضیه عربان PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت عمومی، و "مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت"، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

اکبر بابایی حیدرآبادی PhD

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، و "مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت"، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

سید محمود لطیفی PhD

گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده

اهداف: ارتقای سلامت کودکان از مهم‌ترین شاخص‌های سطح سلامت یک جامعه بوده و پیشگیری از وقوع حادثه در کودکان، مستلزم رعایت نکات ایمنی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام رفتار ایمن مادران در پیشگیری از آسیب‌های کودکان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با مشارکت ۲۲۰ مادر دارای کودک زیر ۵ سال در شهر شوش در سال ۱۳۹۸ انجام شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، رفتار و چک‌لیست ایمنی منزل قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه کنترل و مداخله به روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی طی ۳ جلسه به روش‌های سخنرانی باخوردی، بحث گروهی، نمایش کلیپ و تصاویر انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های من‌ویتنی، ویلکاکسون، t و کای‌اسکوئر انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی مادران $28/0 \pm 5/20$ سال بود. بین میانگین نمره‌های آگاهی، رفتار، ایمنی منزل و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/001$) و در گروه کنترل بین میانگین نمرات حساسیت درک‌شده، موانع درک‌شده، رفتار و ایمنی منزل افزایش معنی‌دار مشاهده شد. البته اختلاف معنی‌داری در تفاوت امتیاز هر یک از متغیرها قبل و بعد از مداخله بین دو گروه، وجود داشت.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزشی طراحی‌شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود باورها و افزایش رفتار ایمن در پیشگیری از حوادث کودکان موثر است.

کلیدواژه‌ها: مادران، کودک، آموزش، آسیب، پیشگیری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۳۱

نویسنده مسئول: arabanm@ajums.ac.ir

مقدمه

آسیب کودکان جدی‌ترین معضلی است که کودکان از ابتدای قرن ۲۱ با آن مواجه شده‌اند و همچنان عامل اصلی مرگ‌ومیر و عوارض در کودکان است [1]. سوانح و حوادث جاده‌ای، غرق‌شدن، سوختگی‌ها، سقوط و مسمومیت مهم‌ترین علل مرگ‌های ناشی از مصدومیت کودکان را تشکیل می‌دهند [2]. طبق مطالعات انجام‌شده، فراوانی نسبی حوادث کودکان زیر ۵ سال در کشورهای مختلف جهان بین ۲۱ تا ۶۸٪ متفاوت است [3]. به گزارش مرکز کنترل بیماری ایالات متحده آمریکا از ۱۰ علت منجر به مرگ کودکان، حوادث غیرعمدی پنجمین علت مرگ کودکان زیر یک‌سال و اولین علت مرگ کودکان ۴-۱۰ ساله است [4]. بر اساس آمارهای وزارت بهداشت ایران بین ۱۹ تا ۳۷٪ مرگ کودکان ناشی از حوادث غیرعمدی است و سقوط، سوختگی و حوادث ترافیکی، بخش قابل توجهی از این حوادث قابل پیشگیری است [5]. درمان سوانح و حوادث علت اصلی هزینه‌های پزشکی برای کودکان است [6] که بار اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم ناشی از ابتلا و مرگ‌ومیر زودرس کودکان را برای تمام کشورها به‌همراه دارد [7]. شیوع این آسیب‌ها به‌طور پیش‌رونده در حال افزایش است و تبدیل به مهم‌ترین معضل بهداشتی کودکان در دهه اخیر شده است [8]. آسیب‌های کودکان و تبعات اجتماعی و اقتصادی آن بیانگر این است که کودکان، گروهی آسیب‌پذیر برای سوانح هستند و پرداختن به این موضوع یک فوریت است؛ زیرا یکی از اهداف مهم توسعه هزاره و اذعان یونسف این است که مرگ کودکان باید تا سال ۲۰۲۸ به‌طور کامل امحا شود [9]. لذا موضوع سلامت و ایمنی کودکان بایستی مورد توجه و دقت قرار گیرند [10]. ایمنی یک حق اساسی بشری است و ارتباط مستقیم و تنگاتنگی با سلامت دارد؛ به‌ویژه برای کودکان زیر ۵ سال که نیاز به مراقبت بیشتری دارند. در واقع محیط و رفتار از عوامل اصلی تاثیرگذار بر ایمنی بوده که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کودکان تاثیرگذار هستند [11]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد ۲۳۰۰ مرگ کودک در روز را می‌توان با آموزش والدین پیشگیری نمود [12]. با توجه به اینکه بیش از ۹۰٪ آسیب‌های ناشی از حوادث در کودکان قابل پیش‌بینی است [13]؛ بنابراین آموزش مادران به‌عنوان فرد کلیدی در خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است و لازمه آن بررسی میزان پایه آگاهی و نگرش مادر در این خصوص است [14] و از آنجا که اکثر مشکلات سلامتی با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند، نظریه‌ها و الگوهای رفتاری، می‌توانند برای درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی مورد استفاده قرار گیرند. یکی از مدل‌های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است [15]. بر اساس این مدل، افراد می‌بایست برای موفقیت در تغییر رفتار به‌وسیله الگوهای رفتار جاری خود، احساس تهدید نموده (حساسیت و شدت را درک نموده) و باور داشته باشند که یک نوع رفتار خاص منجر به یک

مخالقم امتیاز ۱، مخالفم امتیاز ۲، نظری ندارم امتیاز ۳، موافقم امتیاز ۴، خیلی موافقم امتیاز ۵ تعلق گرفت و در نهایت امتیاز هر بخش بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. ۴- سئوالات رفتار با ۲۰ سؤال که نمره‌گذاری این بخش به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است که به گزینه‌های هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه، به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تعلق گرفت. دامنه امتیاز این بخش بین ۲۰ تا ۱۰۰ بود. روایی محتوایی ابزار با بررسی نظرات ۵ نفر متخصص آموزش بهداشت انجام شد و نسبت روایی محتوا (CVR=1) و شاخص روایی محتوا (CVI=1) گزارش شد. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش محاسبه آلفای کرونباخ برای سنجش مستقیم سازه‌ها استفاده شد. به این منظور، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از مادران واجد شرایط قرار داده شد و آنالیز داده‌ها میزان آلفا را در هر یک از قسمت‌های آگاهی (۰/۷۷)، حساسیت (۰/۷۳)، شدت درک‌شده (۰/۷۱)، منافع درک‌شده (۰/۸۱)، موانع درک‌شده (۰/۷۰)، خودکارآمدی (۰/۷۷)، راهنمای عمل (۰/۷۳) و رفتار (۰/۷۵) نشان داد که قابل قبول بود.

به منظور بررسی وضعیت ایمنی منزل، چک‌لیست ایمنی منزل برگرفته از مطالعه محمدنی و همکاران که روایی صوری و محتوایی آن توسط متخصصین ایمنی و کودکان سنجیده شده است^[10] استفاده شد که شامل ۶۷ موضوع ایمنی در حیطه‌های شرایط فیزیکی منزل، آشپزخانه و مواد خطرناک، حمام و اسباب‌بازی بود. برای تکمیل و امتیازدهی به چک‌لیست به هر موضوعی که پاسخ آن مثبت (یعنی ایمنی کاملاً مراعات شده باشد) امتیاز یک و در صورتی که پاسخ آن منفی باشد (یعنی در منزل رعایت نشده است) نمره صفر تعلق می‌گرفت و در نهایت امتیاز چک‌لیست بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شده است. پرسش‌نامه‌ها به شیوه خودگزارش‌دهی تکمیل شد و نیز از مادران درخواست شد تا چک‌لیست ایمنی منزل را ظرف یک هفته در منزل تکمیل کنند و به مرکز بهداشتی تحویل دهند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات در مرحله اول، گروه مداخله به ۶ گروه ۲۰-۱۸ نفره برای شرکت در جلسات آموزشی تقسیم شدند. تعداد جلسات، دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی بازخوردی، نمایش تصاویر، کلیپ آموزشی و توزیع پمفلت و یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت بحث گروهی در گروه‌های ۱۰-۸ نفره بود. طی یک ماه، گروه مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و لازم به ذکر است که برای گروه کنترل، آموزشی توسط محقق صورت نگرفت. محتوای آموزشی برای گروه مداخله بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شد. در جلسه اول به افزایش اطلاعات در رابطه با رشد و تکامل کودکان با وقوع آسیب‌ها، گزارش حوادث واقعی (حساسیت درک‌شده) و جدی بودن عوارض و صدمات ناشی از حوادث (شدت درک‌شده) پرداخته شد. در جلسه دوم برای غلبه بر موانع رفتارهای ایمن، بحث گروهی انجام شد؛ بدین منظور از هر یک از مادران گروه مداخله تقاضا شد تا سابقه آسیب ناشی از حادثه در کودک خود را با شرح چگونگی آسیب که در گذشته تجربه کرده‌اند، بیان

پایامد ارزشمند با یک هزینه قابل قبول می‌شود. آنها همچنین باید خودشان را در غلبه بر موانع درک‌شده در مسیر انجام رفتار، کارآمد احساس کنند^[16]. بنابراین با توجه به اینکه در سال ۱۳۹۶، ۱۲ مرگ کودک و در طی سال ۱۳۹۷، ۱۵ مرگ کودک به علت حوادث از معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان شوش گزارش شده است، لذا به دلیل اهمیت موضوع و ضرورت مداخله، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام رفتار ایمن در پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان زیر ۵ سال انجام شد.

مواد و روش‌ها

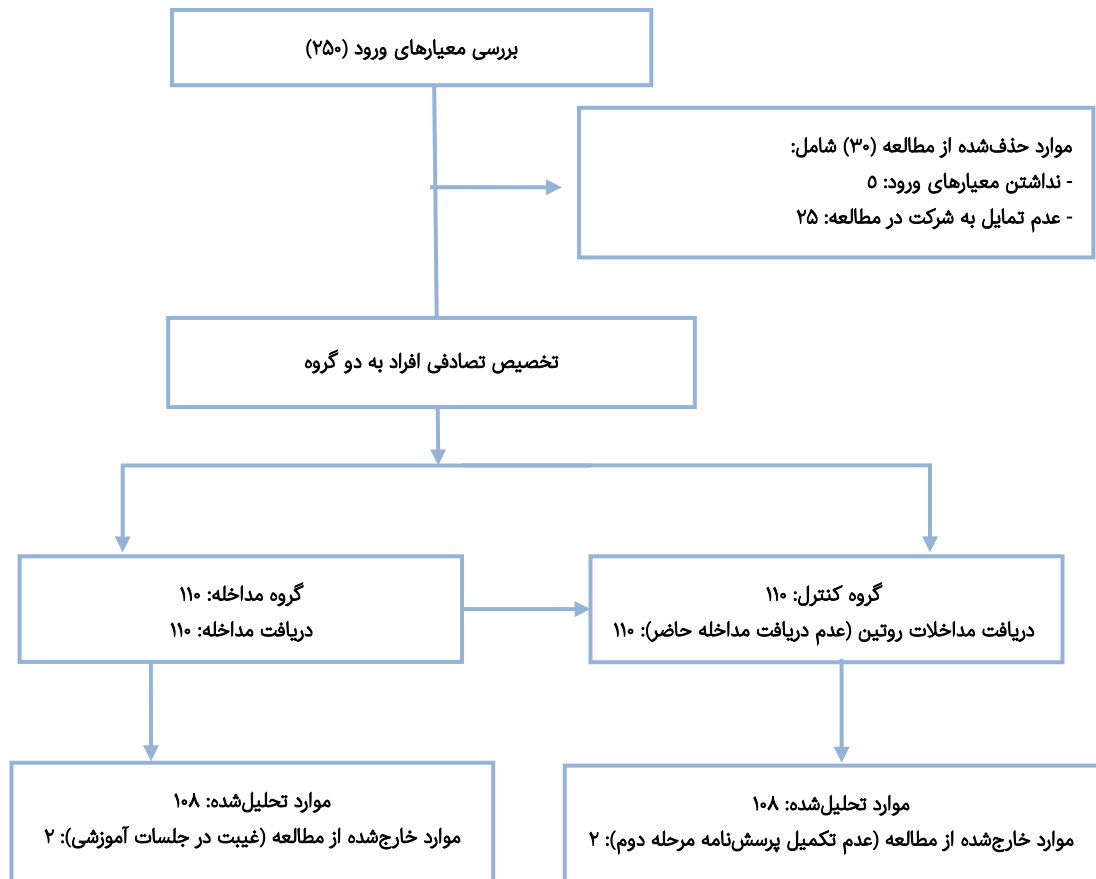
پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل با مشارکت ۲۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر شوش در سال ۱۳۹۸ انجام شد. از ۳ مرکز بهداشتی-درمانی شهر شوش، ۲ مرکز انتخاب شد و به صورت تصادفی ساده یک مرکز در گروه کنترل و یک مرکز به عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شد. نمونه‌ها در مراکز بهداشتی-درمانی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از کنترل از نظر شرایط معیار ورود و پس از اخذ رضایت آگاهانه به مطالعه دعوت شدند. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از مطالعه مشابه^[14] بر اساس میانگین نمره حساسیت درک‌شده که انحراف معیار برابر ۱۴/۸۶ داشت با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان مطالعه ۸۰٪ و با در نظر گرفتن اختلاف ۱۰ در نمره میانگین سازه‌ها بین دو گروه مداخله و کنترل پس از مداخله و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها، ۱۱۰ نفر در هر گروه محاسبه شد.

معیار ورود مادران به مطالعه، داشتن کودک زیر ۵ سال، تمایل به همکاری تا پایان پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. معیار خروج نیز غیبت در بیش از یک جلسه آموزشی، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، عدم پاسخگویی کامل به پرسش‌نامه و چک‌لیست ایمنی منزل بود. مراحل انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه برگرفته از مطالعه *پورالعجل* و همکاران^[17] که با اعمال تغییراتی مجدداً روایی و پایایی شد. پرسش‌نامه در چهار بخش تنظیم شده بود: ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی با ۷ سؤال. ۲- آگاهی با ۱۵ سؤال ۴ گزینه‌ای مطرح شد که به جواب صحیح امتیاز یک و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. دامنه امتیاز این بخش بین صفر تا ۱۵ امتیاز بود. ۳- ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک‌شده با ۵ سؤال، شدت درک‌شده با ۵ سؤال، منافع درک‌شده با ۵ سؤال، موانع درک‌شده با ۵ سؤال که دامنه امتیاز این سازه‌ها بین ۵ تا ۲۵ و راهنمای عمل با ۴ سؤال و خودکارآمدی با ۴ سؤال که دامنه امتیاز برای هر سازه بین ۵ تا ۲۰ بود و هر سازه با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای سنجیده شد؛ به گونه‌ای که به جواب خیلی

جلسه آموزشی، مجدداً پرسش‌نامه و چک‌لیست در اختیار گروه مداخله و کنترل قرار گرفت. در این مرحله ۲ نفر از گروه کنترل و ۲ نفر از گروه مداخله به دلیل شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی یا تکمیل نکردن پرسش‌نامه مرحله دوم حذف شدند. با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و پس از بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با به‌کارگیری آزمون‌های من‌ویتنی، ویلکاکسون، t و کای‌اسکوئر، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ نظر گرفته شد.

نمایند و هدف از این کار مطرح کردن دغدغه‌های مادران بود (موانع درک‌شده). در ادامه مزایا و اهمیت اقدامات ایمنی مورد تاکید قرار گرفت (منافع درک‌شده). به‌منظور تحت تاثیر قراردادن خودکارآمدی مادران، از راهکارهایی شامل ساده‌کردن رفتارهای ایمن، تشویق کلامی و مدیریت نظارت بر کودک با بهره‌گیری از نظر و تجربه سایر مادران استفاده شد (خودکارآمدی). در جلسه سوم، عوامل خطر و محیط فیزیکی ایجادکننده حادثه و رفتارهای ایمن در پیشگیری از حوادث احتمالی کودکان برای مادران تشریح شد. به‌منظور ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی، ۲ ماه بعد از آخرین



شکل ۱) مراحل انجام پژوهش

آگاهی، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی، رفتار و ایمنی منزل قبل از اجرای مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد؛ یعنی دو گروه قبل از مداخله در نمره‌های آگاهی، رفتار، ایمنی منزل و سازه‌های مذکور با هم همسان بودند، در حالی که در سازه‌های حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. نتایج آزمون من‌ویتنی نشان می‌دهد که بعد از اجرای مداخله آموزشی، تفاوت معناداری در میانگین نمرات آگاهی، رفتار، ایمنی و هر یک از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بین دو گروه مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از اختلاف معنادار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی است ($p < 0/001$). در حالی که

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار سنی مادران $28/50 \pm 5/20$ سال بود. نتایج آزمون t، اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر سن مادر، سن کودک، تعداد کودک زیر ۵ سال، تعداد فرزندان زیر ۵ سال نشان نداد. همچنین آزمون کای‌اسکوئر، تفاوت معنی‌داری را در خصوص وضعیت تحصیلات مادران، جنسیت کودک و شغل مادر نشان نداد و به‌عبارت دیگر بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معنادار وجود نداشت و دو گروه همسان بودند (جدول ۱). میانگین و انحراف‌معیار نمرات متغیرهای آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، رفتار و وضعیت ایمنی منزل در دو گروه کنترل و مداخله در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس تحلیل داده‌ها، طبق نتایج آزمون من‌ویتنی، بین میانگین نمره‌های

معنی‌داری داشت. البته تفاوت آماری معنی‌داری از نظر تفاضل امتیاز هر یک از متغیرها قبل و بعد از مداخله بین دو گروه، وجود داشت (جدول ۲).

در گروه کنترل، مقایسه نمرات متغیرهای مذکور قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیرهای حساسیت درک‌شده، موانع درک‌شده، رفتار و ایمنی منزل افزایش

جدول ۱) مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه مداخله و کنترل

p-value	تعداد (درصد)		میانگین±انحراف معیار		متغیرهای جمعیت‌شناختی
	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	
۰/۲۲۵	-	-	۲۸/۹۳±۵/۱۶	۲۸/۱۶±۵/۱۶	سن مادر (سال)
*۰/۶۹۵	--	-	۲۵/۰۳±۱۴/۰۴	۲۴/۲۵±۱۵/۰۷	سن کودک (ماه)
۰/۶۱۵	-	-	۱/۱۹±۰/۳۹	۱/۲۲±۰/۴۱	تعداد کودک زیر ۵ سال
۰/۳۲۹	--	-	۱/۷۵±۰/۷۵	۱/۷۷±۰/۸۸	تعداد فرزندان
۰/۱۰۳	۵ (۴/۶۲)	۱۴ (۱۲/۹۶)	-	-	ابتدایی
	۲۳ (۲۱/۲۹)	۳۱ (۲۸/۷۰)	-	-	متوسطه
	۴۴ (۴۰/۷۴)	۳۹ (۳۶/۱۱)	-	-	دیپلم
۰/۳۳	۳۶ (۳۳/۳۳)	۲۴ (۲۲/۲۲)	-	-	دانشگاهی
	۴۵ (۴۱/۶۶)	۵۲ (۴۸/۱۴)	-	-	پسر
۰/۴۲	۶۳ (۵۸/۳۳)	۵۶ (۵۱/۸۵)	-	-	دختر
	۹۹ (۹۱/۶۶)	۱۰۳ (۹۵/۳۷)	-	-	خانه دار
	۹ (۸/۳۳)	۵ (۴/۶۲)	-	-	شاغل

*آزمون t و ** آزمون کای اسکور

جدول ۲) مقایسه نمره‌های آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، رفتار و وضعیت ایمنی منزل در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی بر حسب میانگین±انحراف معیار

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون ویلکاکسون	تغییرات نمره قبل و بعد از مداخله
آگاهی	مداخله	۳۸/۱۴±۱۳/۶۹	۸۴/۲۴±۱۱/۶۶	<۰/۰۰۱	۴۲/۰۹±۱۶/۴۴
	کنترل	۴۱/۴۸±۱۳/۸۳	۴۱/۷۲±۱۳/۸۹	۰/۰۶۷	۰/۲۴±۱/۵۵
	آزمون من ویتنی	۰/۰۶۵	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
حساسیت درک‌شده	مداخله	۷۱/۰۰±۱۶/۳۶	۸۴/۶۲±۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۱۳/۶۲±۱۳/۹۹
	کنترل	۷۵/۸۵±۱۰/۷۸	۷۶/۰۷±۱۰/۶۶	۰/۰۱۴	۰/۲۲±۰/۹۲
	آزمون من ویتنی	۰/۰۴۱	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
شدت درک‌شده	مداخله	۶۵/۸۵±۱۶/۴۰	۸۳/۴۰±۱۱/۱۹	<۰/۰۰۱	۱۷/۵۵±۱۷/۱۲
	کنترل	۷۰/۹۲±۱۲/۶۰	۷۰/۵۵±۱۱/۵۸	۰/۶۷۶	-۰/۳۷±۹/۰۱
	آزمون من ویتنی	۰/۰۲۹	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
منافع درک‌شده	مداخله	۸۵/۶۲±۱۴/۲۶	۹۳/۱۸±۷/۸۱	<۰/۰۰۱	۷/۵۵±۱۲/۲۹
	کنترل	۸۵/۹۶±۹/۳۵	۸۵/۱۱±۹/۱۸	۰/۰۵۲	-۰/۸۵±۴/۸۰
	آزمون من ویتنی	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
موانع درک‌شده	مداخله	۵۳/۳۳±۱۷/۷۳	۳۸/۹۲±۹/۶۶	<۰/۰۰۱	-۱۴/۴۰±۱۴/۲۸
	کنترل	۵۵/۵۹±۱۸/۰۴	۵۶/۷۷±۱۸/۴۰	<۰/۰۰۱	۱/۱۸±۵/۰۴
	آزمون من ویتنی	۰/۴۱۷	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
راهنمای عمل	مداخله	۸۲/۰۲±۱۲/۹۹	۸۸/۰۵±۸/۲۵	<۰/۰۰۱	۵/۹۷±۶/۵۳
	کنترل	۸۱/۸۵±۹/۹۹	۸۱/۹۹±۹/۷۸	۰/۰۸۳	۰/۱۳±۰/۸۲
	آزمون من ویتنی	۰/۶۵۴	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	مداخله	۷۸/۵۱±۱۴/۶۱	۸۹/۴۴±۷/۹۲	<۰/۰۰۱	۱۰/۹۲±۱۱/۴۴
	کنترل	۷۷/۵۴±۱۵/۵۳	۷۸/۷۰±۱۵/۰۷	۰/۱۰۴	۱/۱۵±۷/۱۲
	آزمون من ویتنی	۰/۶۴۴	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
رفتار	مداخله	۷۷/۸۶±۷/۲۵	۹۰/۰۹±۶/۱۸	<۰/۰۰۱	۱۲/۲۳±۹/۸۶
	کنترل	۷۹/۲۴±۷/۹۳	۸۰/۲۵±۷/۶۰	<۰/۰۰۱	۱/۰۱±۱/۴۸
	آزمون من ویتنی	۰/۰۷۱	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
ایمنی منزل	مداخله	۷۸/۲۳±۲۳/۱۲	۸۴/۴۲±۹/۰۳	<۰/۰۰۱	۶/۱±۵/۲۱
	کنترل	۷۸/۵۶±۱۲/۱۵	۷۹/۴۲±۱۱/۳۰	۰/۰۰۳	۰/۸۵±۴/۲۵
	آزمون من ویتنی	۰/۸۵۳	۰/۰۰۲	--	<۰/۰۰۱

نشان داد. نتایج این پژوهش با مطالعات مختلف در زمینه به‌کارگیری مدل اعتقاد بهداشتی و سودمندی انجام مداخلات آموزشی بر افزایش شدت درک‌شده افراد، مشابهت دارد [22, 25]. طبق نتایج، وضعیت درک مادران از موانع درک‌شده در دو گروه مداخله و کنترل، در وضعیت یکسانی قرار داشت و اختلاف معنی‌دار نبود. از مهم‌ترین موانع درک‌شده در مادران رسیدگی به سایر امور منزل، صرف وقت و خستگی از نظارت و کنترل دایمی کودک بود که بعد از آموزش در گروه مداخله کاهش معناداری یافت. در مطالعه کیفی *ابلوایت* و همکاران [13]، علاوه بر موارد مذکور غیر قابل پیش‌بینی بودن حوادث و تغییرات تکاملی کودک توسط مادران گزارش شد. در مطالعه حاضر در برنامه آموزشی طراحی‌شده برای گروه مداخله از یک جلسه بحث گروهی استفاده شد که با به‌کارگیری گویه‌های موانع و منافع درک‌شده با استفاده از جملات خود مادران به شیوه بحث گروهی توانست درک بهتری از موضوع ارائه نماید. طبق نتایج، در مقایسه قبل و بعد هر گروه، تفاوت معنی‌داری در سازه موانع درک‌شده وجود داشت؛ لیکن این تفاوت در گروه کنترل به سمت افزایش نمره موانع درک‌شده و در گروه مداخله به سمت کاهش موانع درک‌شده بود که این افزایش موانع در گروه کنترل را می‌توان به عدم ارابه و اجرای برنامه آموزشی برای گروه کنترل نسبت داد که بیانگر تاثیر مشخص و سهم قابل توجه برنامه آموزشی در کاهش موانع درک‌شده در گروه مداخله است. در مطالعات مختلف بر کاهش موانع درک‌شده بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت مطالعه اشاره شده است [14, 26]. در این پژوهش قبل از مداخله آموزشی وضعیت درک مادران از منافع رفتارهای پیشگیری‌کننده در دو گروه بالا بود؛ به عبارتی، افراد به منافع حاصل از انجام رفتارهای ایمن آگاهی داشتند. نگرش برخی مادران نسبت به بعضی گویه‌ها کاملاً موافق نبود و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله به مراتب افزایش بیشتری پیدا کرد و اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه پدید آمد. واضح است که این نتیجه کاملاً قابل انتظار است؛ به گونه‌ای که مادران به منافع حاصل از انجام رفتار ایمن از جمله حفظ سلامت جسمی و روانی کودک، صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی و پیشگیری از آسیب‌دیدگی کودک اعتقاد بیشتری نشان دادند که با نتایج مطالعات دیگر نیز هم‌راستا است [14, 27]. اما با نتایج مطالعه *فرهادی* و همکاران [28] در بررسی آموزش پیشگیری از حوادث مدرسه‌ای تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات منافع درک‌شده بعد از مداخله همخوانی نداشت که دلیل آن را عدم ایمنی در فضا و امکانات مدرسه و خارج از مدرسه و احتمال آسیب برای دانش‌آموزان دانسته است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین راهنمای عمل در گروه مداخله بعد از آموزش، افزایش معناداری یافته است که می‌تواند به دلیل به‌کارگیری آموزش حضوری و فعال در مراکز بهداشتی و نیز توزیع دو پمفلت آموزشی رفتارهای ایمن که برای مرور مطالب و مطالعه سایر افراد تاثیرگذار در خانواده از جمله

هدف کلی مطالعه حاضر، تعیین تاثیر آموزش تئوری‌محور (مدل اعتقاد بهداشتی) بر انجام رفتار ایمن در پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان زیر ۵ سال در مادران بود. میزان آگاهی مادران در دو گروه، قبل از مداخله آموزشی کمتر از حد متوسط بود و اختلاف معنی‌دار نبود. تحقیق *خادمی* و همکاران [18] نیز در بررسی آگاهی والدین تحصیل‌کرده در مورد نگهداری کودکان در خودروهای شخصی و استفاده از صندلی کودک نشان داد که فقط ۲۶٪ مادران از آگاهی خوبی برخوردار هستند. در پژوهش حاضر، پس از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین نمره آگاهی بین دو گروه وجود داشت. افزایش آگاهی در گروه مداخله، یافته‌ای قابل انتظار بود و نشانگر اثربخش بودن برنامه آموزشی در میزان آگاهی مادران نسبت به آسیب‌های کودکان است. البته افزایش آگاهی به‌تنهایی مداخله‌ای مطمئن در انجام رفتارهای ایمنی نیست و باید بر سایر تعیین‌کننده‌های رفتار نیز مداخلاتی انجام شود. افزایش میانگین نمره آگاهی به دنبال انجام مداخله آموزشی در سایر مطالعات نیز مشاهده شده است که همخوان با پژوهش حاضر است [19, 20].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک‌شده مادران بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله، افزایش معنی‌داری یافت که به نظر می‌رسد گزارش حوادث واقعی با برانگیختگی عواطف مادر، از طریق افزایش آگاهی و به عاریت‌نهادن تجربیات توانسته باعث افزایش حساسیت مادران شود. در مطالعه *مورونگیلو* و همکاران [21] نیز مداخله آموزشی در زمینه حوادث واقعی کودکان، منجر به افزایش نگرش مادران در مراقبت از کودک شده است. این یافته همخوان با پژوهش‌های مرتبط با افزایش حساسیت درک‌شده بعد از مداخلات آموزشی در مادران است [16, 22]. لیکن در خصوص افزایش میانگین نمره حساسیت درک‌شده در گروه کنترل، اگرچه به ظاهر هیچ مداخله آموزشی دریافت ننموده بودند؛ در واقع توزیع پرسش‌نامه می‌تواند نوعی مداخله محسوب شود و باعث افزایش جلب حساسیت مادران نسبت به موضوع شده باشد که در مطالعه *عریان* و همکاران [23] نیز اشاره شده است.

در نتایج حاصل از مطالعه حاضر، نمره شدت درک‌شده در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه آموزشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. این یافته می‌تواند به علت برگزاری کلاس‌های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی که منجر به افزایش توجه مادران نسبت به پیامدهای ناگوار حاصل از عدم انجام رفتار ایمنی همچون از دست‌دادن سلامتی، هزینه‌های بالای درمان، نقص عضو، معلولیت و مرگ کودک باشد. رحیمی و همکاران در مطالعه خود، هزینه‌های درمانی ناشی از آسیب را از جدی‌ترین مخاطرات مرتبط با سوانح خانگی ذکر کرده‌اند [7]. در نتایج مطالعه *کائو* و همکاران [24] نیز شدت درک‌شده، بیشترین تاثیر را در انجام رفتارهای پیشگیرانه از حوادث و مهم‌ترین پیشگویی‌کننده رفتار

برای کودکان زیر ۵ سال با طراحی چکلیست خودآموز نشان داد که بهبود وضعیت ایمنی منزل برای کودکان نیازمند برنامه‌ریزی، آموزش و مداخله بیشتر است. نکته قابل ذکر این است که میانگین نمره ایمنی منزل در گروه کنترل نیز بعد از دو ماه، به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود که این افزایش در گروه کنترل در مقایسه با گروه مداخله چندان قابل توجه نبود و احتمالاً می‌توان آن را به دلیل تکمیل چکلیست ایمنی توسط مادران در منزل دانست که با توجه به بازخورد مادران، دربردارنده نکات آموزشی مفیدی برای ایشان بوده است.

از محدودیت‌های این مطالعه خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسش‌نامه بود که استفاده از این روش ممکن است که موجب شود تا مادران انجام رفتارها را تحت تاثیر تورش مطلوبیت اجتماعی بیش از حد واقعی، گزارش کنند و منعکس‌کننده رفتار واقعی مادران نباشد. البته جمع‌آوری اطلاعات به شیوه خودگزارش‌دهی، رایج‌ترین روش در تحقیقات علوم اجتماعی و علوم وابسته به آن است [35]. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم انجام مطالعه در روستا اشاره نمود که نتایج به‌دست‌آمده قابل تعمیم به مادران جامعه روستایی نیست.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی تاثیر مثبت بر تغییر نگرش و بهبود رفتار مادران نسبت به آسیب‌های کودکان دارد و با توجه به نقش مهم و گسترده‌ای که والدین (به‌خصوص مادران) می‌توانند در پیشگیری از آسیب‌های کودکان داشته باشند، علاوه بر توجه به سایر عوامل محیطی و اصول ایمنی، باید به آموزش مادران توجه جدی‌تر شود؛ لذا به‌کارگیری آموزش تئوری‌محور بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی موجب انجام رفتار ایمن و در نتیجه کاهش وقوع حوادث و عواقب ناشی از آن می‌شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری کارکنان محترم مرکز بهداشت شهر شوش و مادران شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود. **تأییدیه اخلاقی:** این مطالعه مصوب کمیته اخلاق در پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با شناسه IR.AJUMS.REC.1397.944 است. قبل از انجام مداخله، ضمن بیان اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه از مادران اخذ و شرکت در مطالعه به‌صورت داوطلبانه و محرمانه‌ماندن اطلاعات رعایت شد.

تعارض منافع: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت، طرح مصوب به شماره SDH-9722 است.

سهم نویسندگان: سارا حیدری‌کیا (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ مرضیه عربان (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ اکبر بابایی‌حیدرآبادی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ سیدمحمود لطیفی (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۱۰٪).

همسر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت، باشد. در پژوهش روزماری و همکاران [29]، راهنمای عمل قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار ایمن در راندگی تعیین شد. این سازه از الگو در مطالعه گرمارودی و همکاران [30] که تاثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی را بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از خشونت خانگی در دختران دانش‌آموز مورد بررسی قرار داد، بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه معنی‌دار نبود که شاید به دلیل متفاوت بودن گروه تحت مطالعه و روش آموزشی باشد.

در مورد خودکارآمدی واحدهای پژوهش، یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که میزان خودکارآمدی بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است. در مطالعه رضاپور و همکاران، این سازه از مدل به‌عنوان یکی از متغیرهای قوی پیشگویی‌کننده رفتار مادران برای انجام اقدامات ایمنی تعیین شد [31]. در مطالعات مختلف نیز رابطه مثبت و معنی‌داری بین خودکارآمدی و افزایش احتمال اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده ثابت شده است که نشان‌دهنده آن است که ارتقای خودکارآمدی تاثیر زیادی بر انجام رفتارهای ایمنی دارد که نیازمند آموزش است [2, 16]. در پژوهش حاضر، ارزشیابی تاثیر مداخله آموزشی که در واقع همان سنجش اتخاذ رفتارهای ایمن در مادران است، تفاوت معناداری بین گروه کنترل و مداخله نشان داد که بیانگر کارایی آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در مادران همچون مطالعات دیگر است [16, 27]. معنی‌داری نمره رفتار در پس‌آزمون گروه کنترل نیز می‌تواند به دلیل احتمالی افزایش توجه مادران به رفتارهای ذکرشده در پرسش‌نامه در مرحله پیش‌آزمون باشد.

میانگین نمره وضعیت ایمنی منزل در دو گروه بعد از مداخله در این مطالعه، تفاوت آماری معناداری دارد و نمره ایمنی منزل در گروه مداخله افزایش یافته بود. از نقاط قوت مطالعه سنجش کمی وضعیت ایمنی منزل با چکلیست توسط خود مادران بود که به‌صورت عینی مفهوم ایمنی را در حیطه‌های مختلف منزل برای مادران شفاف نمود. برخی مطالعات انجام‌شده نیز، نشان‌دهنده این مطلب است که اجرای برنامه‌های ایمنی منزل با کمک خود خانواده‌ها در پیشگیری از حوادث و نیز ارتقای دانش و عملکرد والدین، تاثیر مثبتی به‌دنبال خواهد داشت [32, 33]. نتایج مطالعه ژاک و همکاران نیز نشان داد که رفتار والدین و ایمنی در محیط خانه نقش بسزایی در کاهش خطر کودکان دارند [34]. اگر چه ایجاد تغییر در منزل به دلیل عواملی نظیر زندگی در خانه‌های استیجاری که قابل تغییر نیستند و هزینه بالای تجهیزات ایمنی در پیگیری کوتاه‌مدت ناممکن به‌نظر می‌رسد، اما مداخلات آموزشی انجام‌شده در این مطالعه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله، توانسته حساسیت و تعهد مادران را نسبت به انجام اقدامات ایمنی در منزل افزایش و ایمن‌سازی منزل را در حد امکانات موجود و قابل اجرا برای مادران عملی سازد. کما اینکه نتایج مطالعه محمدی‌نیا و همکاران [10] در ارزیابی وضعیت ایمنی منزل

منابع

- 14- Fathi M, Shamsi M, Khorsandi M. Effect of theory-based education on the promotion of preventive behaviors of accidents and injuries among mothers with under-5-years-old children. Iran J Health Educ Health Promot. 2016;4(3):184-93. [Persian]
- 15- Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Faradmali J, Soheylizad M. Effect of an educational program based on the health belief model to reduce cell phone usage during driving in taxi drivers. J Educ Community Health. 2014;1(2):56-66. [Persian]
- 16- Navabi M, Khorsandi M, Rouzbahani N, Ranjbaran M. The effect of education on preventive behaviors of failure to thrive in mothers with children aged one to five years: Applied health belief model. J Arak Univ Med Sci. 2017;20(1):59-68. [Persian]
- 17- Poorolajal J, Cheraghi P, Hazavehei SMM, Rezapur-Shahkolai F. Factors associated with mothers' beliefs and practices concerning injury prevention in under five-year children, based on health belief model. J Res Health Sci. 2012;13(1):63-8.
- 18- Khademi G, Nazeri N, Hamed A, Abdollahpour N, Sezavar M, Gholami H. Knowledge and attitudes of educated parents about carrying children in private cars. J Saf Promot Inj Prev. 2016;3(3):141-6. [Persian]
- 19- Afshari M, Moghimbeigi A, Mahdi-Hazavehei SM, Rezapur-Shahkolai F. Effect of a model-based educational program for mothers, on home-related injury prevention among under-five-year children in rural Twisarkan, Iran. Turk J Pediatr. 2017;59(6):648-56.
- 20- Silva ECS, Fernandes MN, Sa MCN, De Souza LM, De Arahjo Gordon AS, De Jesus Costa ACP, et al. The effect of educational intervention regarding the knowledge of mothers on prevention of accidents in childhood. Open Nurs J. 2016;10:113-21.
- 21- Morrongiello BA, Hou S, Bell M, Walton K, Filion AJ, Haines J. Supervising for home safety program: A randomized controlled trial (RCT) testing community-based group delivery. J Pediatr Psychol. 2017;42(7):768-78.
- 22- Tariku B, Whiting SJ, Muluaem D, Singh P. Application of the health belief model to teach complementary feeding messages in Ethiopia. Ecol Food Nutr. 2015;54(5):572-82.
- 23- Araban M, Tavafian SS, Zarandi SM, Hidarnia AR, Burri A, Montazeri A. A behavioral strategy to minimize air pollution exposure in pregnant women: A randomized controlled trial. Environ Health Prev Med. 2017;22:26.
- 24- Cao ZJ, Chen Y, Wang SM. Health belief model based evaluation of school health education programme for injury prevention among high school students in the community context. BMC Public Health. 2014;14:26.
- 25- Sharifikia I, Rohani C, Estebarsari F, Matbouei M, Salmani F, Hossein-Nejad A. Health belief model-based intervention on women's knowledge and perceived beliefs about warning signs of cancer. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019;6(4):431-9.
- 26- Shabibi P, Abedzadeh Zavareh MS, Sayehmiri K, Qorbani M, Safari O, Rastegarimehr B, et al. effect of educational intervention based on the health belief model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients. Electron Physician. 2017;9(12):5960-8.
- 27- Mokhtari Nouri J, Jalali M, Parandeh A, Javadi M. The effectiveness of education based on health belief model on promoting preventive behaviors of mothers from
- 1- Dorney K, Dodington JM, Rees CA, Farrell CA, Hanson HR, Lyons TW, et al. Preventing injuries must be a priority to prevent disease in the twenty-first century. Pediatr Res. 2020;87(2):282-92.
- 2- Ebadi Fardazar F, Solhi M, Mansori K, Mansouri Hanis S, Hashemi SS. Assessment the effect of educational intervention on preventive behaviors of home accidents in mothers with children less than 5- year based on protection motivation theory (PMT). Int J Pediatr. 2016;4(7):2051-9.
- 3- Kahrman IL, Karadeniz H. Effects of a safety-awareness-promoting program targeting mothers of children aged 0-6 years to prevent pediatric injuries in the home environment: Implications for nurses. J Trauma Nurs. 2018;25(5):327-35.
- 4- Centers for disease control and prevention. Leading causes of death. [Internet]. Atlanta: CDC; 2018 [Cited 2018 8 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>.
- 5- Roshanfekar P. Situation analysis of children, youth, adolescent and women in Iran [Report]. New York: UNICEF; 2015.
- 6- Fathi Shekhi M, Shamsi M, Khorsandi M, Heaidari M. Predictors accident structures in mothers with children under 5 years old in city of Khorramabad based on health belief model. J Saf Promot Inj Prev. 2015;3(3):199-206. [Persian]
- 7- Rahimi T, Faryabi R, Javadi A, Shojaei S. Attitudes of women from Jiroft city about prevention of home injuries in children under 5 years using protection motivation theory in 2015. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2017;16(1):17-30. [Persian]
- 8- Zahedinia F, Akaberian S, Mirzaei K, Azodi P, Dowlatkhan H, Jahanpour F. Household accidents awareness of preventive behaviors in mothers of children one to five years referred to health centers in Bushehr. Nurs J Vulnerable. 2017;3(9):81-90. [Persian]
- 9- Mobasheri F, Azizi H, Rastbaf F. The epidemiological pattern of injuries among children under 15 years of age in Fasa in 2013. J Fasa Univ Med Sci. 2016;6(1):69-78. [Persian]
- 10- Mohammadinia L, Khorasani-Zavareh D, Gharibzadeh S, Roshanfekar P, Malekafzali H. Social determinants of health and home safety for under-five children in a neighbor's Tehran, Iran. Int J Prev Med. 2018;9:109.
- 11- Mohammadinia L, Malekafzali H, Khorasani-Zavareh D, Roshanfekar P. Family-based tool to assess home safety for children. Hakim Health Syst Res. 2017;20(2):73-84. [Persian]
- 12- World health organization. 10 facts on injuries to children [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [Cited 2019 1 6]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/injuries/facts/en/index8.html>.
- 13- Ablewhite J, McDaid L, Hawkins A, Peel I, Goodenough T, Deave T, et al. Approaches used by parents to keep their children safe at home: A qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. BMC Public Health. 2015;15:983.

mothers' beliefs and behaviors concerning the prevention of poisoning among children under the age of five, using the health belief model. *Turk J Pediatr.* 2019;61(5):749-56.

32- Habermehl N, Diekroger E, Lazebnik R, Kim G. Injury prevention education in the waiting room of an underserved pediatric primary care clinic. *Clin Pediatr.* 2019;58(1):73-8.

33- Stewart TC, Clark A, Gilliland J, Miller MR, Edwards J, Haidar T, et al. Home safe home: Evaluation of a childhood home safety program. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016;81(3):533-40.

34- Jaques ML, Weaver TL, Willoughby L. The association between pediatric injury risks and parenting behaviours. *Child Care Health Dev.* 2018;44(2):297-303.

35- Bazaz M, Shahry P, Latifi SM, Araban M. Cervical cancer literacy in women of reproductive age and its related factors. *J Cancer Educ.* 2019;34(1):82-9.

girls' early puberty. *J Nurs Educ.* 2019;8(2):37-43. [Persian]

28- Farhadi Z, Roshanaei G, Bashirian S, Rezapur Shahkolai F. The effect of an educational program on school injury prevention in junior high school students of famenin based on the health belief model. *J Educ Community Health.* 2014;1(3):1-11. [Persian]

29- Razmara A, Aghamolaei T, Madani A, Hosseini Z, Zare S. Prediction of safe driving Behaviours based on health belief model: The case of taxi drivers in Bandar Abbas, Iran. *BMC Public Health.* 2018;18(1):380.

30- Garmaroudi G, Sarlak B, Sadeghi R, Rahimi Foroushani A. The effect of an intervention based on the health belief model on preventive behaviors of domestic violence in female high school students in Tehran. *J Knowl Health.* 2016;11(1):69-74. [Persian]

31- Rezapur Shahkolai F, Bandehelahi K, Karimi Shahanjarini A, Farhadian M. The factors related to