



تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر آسیب های ناشی از حوادث کودکان زیر 5 سال در

مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قروه در سال 1392

سهیلا میمنت آبادی¹، فضل الله غفرانی پور²، فائق یوسفی³، فرهاد مرادپور⁴

1. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

2. دانشیار آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

3. استادیار روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

4. دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آسیب های ناشی از حوادث به عنوان یکی از علل عمده مرگ کودکان زیر 5 سال مطرح می باشد. برای طراحی برنامه های پیشگیری کننده می توان از تئوری های آموزش بهداشت بهره گرفت. این مطالعه برای تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آسیب های ناشی از حوادث در کودکان زیر 5 سال شهرستان قروه در سال 92 اجرا شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت یک کارآزمایی میدانی تصادفی شده بر روی 120 مادر دارای کودک زیر 5 سال تحت پوشش 4 مرکز بهداشتی درمانی انجام شد. این مراکز به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. اثر مداخله با استفاده از پرسشنامه استاندارد شامل 85 آیتم از سازه های مدل اعتقاد بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه ها با استفاده از مصاحبه و توسط پرسشگران آموزش دیده تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 19 و آزمون های تی مستقل و زوجی انجام گرفت.

یافته ها: در این مطالعه بعد از مداخله بین دو گروه از لحاظ آگاهی، حساسیت، شدت، موانع درک شده و خودکار آمدی اختلاف معنی داری و مثبتی وجود داشت ($P < 0/05$). میانگین اختلافات قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل و همچنین میانگین نمره قبل و بعد از مداخله در تمام موارد معنی دار گزارش شد ($P < 0/05$). بین آسیب دیدگی خفیف کودکان زیر 5 سال در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی دار بود ($P = 0/023$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان یکی از تئوری های آموزش بهداشت تأثیر مثبت بر ارتقاء دانش ایمنی، تغییر نگرش و بهبود عملکرد مادران در خصوص آسیب های کودکان زیر 5 سال و در نتیجه ارتقاء سلامت و ایمنی کودکان دارد.

کلمات کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش، حوادث، کودکان زیر پنج سال

نویسنده مسئول: فرهاد مرادپور

آدرس: ایران، سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

ایمیل: f-moradpour@razi.tums.ac.ir



مقدمه

حوادث را می توان یک اتفاق یا رویداد برنامه ریزی نشده تعریف کرد. مفهوم حوادث برای برخی از مردم چیزی است خدا خواسته و امروزه جزء یکی از گسترده ترین مشکلاتی است که جان کودکان زیادی را در سراسر دنیا به خطر انداخته است. حوادث یکی از مشکلات مهم و عمومی سلامت در سراسر جهان است و امروزه به عنوان یکی از علل عمده مرگ و میر در کودکان زیر 5 سال مطرح می باشد (2,1). عدم شناخت راه های پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان و اعتقاد داشتن به غیر قابل پیشگیری بودن حوادث، از مشکلات عمده جامعه می باشد که با آموزش به والدین می توان تا حدودی آن را مرتفع نمود. در چند دهه اخیر مرگ و میر کودکان در اثر بیماری های عفونی در جهان کاهش داشته است (3,4). به عبارت دیگر می توان گفت حوادث مهم ترین علت مرگ در 5 سال اول زندگی است و عمومی ترین علت مرگ در بین بچه های سراسر دنیا است (5,6). گستردگی حوادث کودکان در سراسر جهان نشان دهنده اهمیت موضوع و لزوم آموزش در این خصوص است. بیش از 95 درصد آسیب های منجر به مرگ کودکان، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می افتد. اگر چه میزان آسیب های منجر به مرگ کودکان در کشورهای توسعه یافته خیلی کمتر است اما آسیب ها همچنان اصلی ترین عامل مرگ کودکان در جهان محسوب می شوند. علاوه بر مرگ و میر، ده ها میلیون کودک به دنبال برخی از آسیب ها به مراقبت های بیمارستانی نیاز پیدا می کنند که اغلب این کودکان با مجموعه ای از ناتوانی ها و عوارض طولانی مدت از مرگ می گریزند (7). در ایران میزان مرگ و میر نوزادان در سال 2006 به 30 نوزاد در هر هزار تولد زنده و میزان مرگ و میر کودکان زیر 5 سال در همین سال به 35 نفر در هزار کودک رسیده است (8). افزایش امکان بروز این مشکل در سراسر جهان اهمیت آموزش و شناخت راه های

پیشگیری را دو چندان می کند. در غیر این صورت با تداوم رفتارهای مخاطره آمیز روز به روز بر تعداد مرگ ها و ناتوانی های کودکان به علت سوانح و حوادث افزوده خواهد شد. بیشترین آسیب های غیر عمدی که منجر به مرگ و عوارض با شدت های مختلف در میان کودکان می شود آسیب ها و سوانح جاده ای، غرق شدن، سوختگی، سقوط، مسمومیت و انواع خفگی ها می باشد. از طرفی میزان آسیب های وارده در مورد پسران در سنین مختلف بیشتر از دختران است. همچنین همزمان با رشد و تکامل جسمانی و شناختی کودک، وقوع آسیب ها از الگوی ویژه ای برخوردار می شود؛ به گونه ای که برخی از آسیب ها در سنین خاصی بیشترین شیوع را دارد. از آن جمله می توان به مسمومیت ها در سن حدوداً 9 ماهگی، سوختگی در سن 18-12 ماهگی و سقوط در کودکان زیر 3 سال اشاره کرد (7). از آن جایی که کاهش بار آسیب ها یک هدف بهداشتی بین المللی است، بنابراین مستلزم یک همفکری از سوی رشته های مختلف علمی است. نقطه مشترک همه آسیب ها خواه عمدی و یا غیر عمدی قابل پیشگیری بودن آنهاست (8). رفتارهای ایجاد کننده آسیب، مانند رفتارهای بیماری زا در برابر برنامه های مداخله ای پیشگیری کننده دچار تغییرات قابل ملاحظه ای می شوند. بنابراین علوم رفتاری باید بخش عمده استراتژی های کنترل و پیشگیری از آسیب ها را تشکیل دهد. با توجه به این که اغلب آسیب های ناشی از حوادث کودکان قابل پیش بینی است لذا از بخش های ضروری هر برنامه با کیفیت و یکی از مسئولیت های اصلی والدین، پیشگیری از این آسیب ها می باشد. برای طراحی یک برنامه آموزشی مؤثر در جهت ارتقاء ایمنی و پیشگیری از آسیب های ناشی از حوادث کودکان می توان از تئوری های مختلف آموزش بهداشت از جمله مدل اعتقاد بهداشتی که یک مدل تغییر رفتار در سطح فردی است، استفاده نمود (9). این مدل از حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده،



سال و محیط پژوهش، مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قروه (استان کردستان)، در سال 92 می باشد. ضوابط ورود به مطالعه شامل داشتن کودک زیر 5 سال، عدم ابتلای کودک به بیماری صعب العلاج، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی، تمایل به شرکت در مداخله آموزشی و تکمیل فرم رضایت نامه، و ضوابط خروج از مطالعه، تغییر محل سکونت و غیبت بیش از دو جلسه در کلاس های آموزشی بوده است. از روش نمونه گیری خوشه ای برای انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی استفاده شد و در ابتدا با استفاده از جدول اعداد تصادفی از 6 مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه های بهداشتی، تعداد 2 مرکز به عنوان گروه آزمون و تعداد 2 مرکز نیز به عنوان گروه کنترل انتخاب و وارد مطالعه شدند. برای محاسبه حجم نمونه مطالعه هزازه ای و همکاران (13) از نظر میزان آگاهی، عملکرد و سازه های مدل قبل و بعد از مداخله آموزشی مورد بررسی قرار گرفت و حجم نمونه با توجه به احتمال خطای نوع اول 5 درصد و توان آزمون 90 درصد و ضریب همبستگی درون خوشه ای (ICC) 0/5 بر اساس میانگین نمره عملکرد تعداد 42 نفر برای هر گروه تعیین شد. از آنجایی که مطالعه به صورت طولی و به مدت 3 ماه ادامه داشت، با توجه به مطالعات قبلی 30 درصد ریزش برای نمونه ها در نظر گرفته شد و در نهایت حجم نمونه برای هر گروه 60 نفر برآورد شد.

از میان پرونده های بهداشتی واجد شرایط مراکز منتخب، از هر مرکز 30 پرونده به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شد. گروه مداخله در این پژوهش به عنوان دریافت کننده آموزش در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود. قبل از انجام مداخله برای تعیین متغیرهای پایه در هر دو گروه مداخله و کنترل، پرسشنامه های پیش آزمون توزیع و جمع آوری شد. در ادامه، 4 جلسه آموزشی در سالن اجتماعات شماره یک

موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکار آمدی تشکیل شده است. همچنین با توجه به سازه های حساسیت درک شده و شدت درک شده، از یک سو موجب درک فرد از یک تهدید سلامتی شده و از سوی دیگر با توجه به محرک های رفتار (منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکار آمدی) دلیل اتخاذ یا عدم اتخاذ رفتار بهداشتی یا پیشگیری کننده توسط افراد را بیان می کند (10). یافته های سایر مطالعات نیز نشان می دهد آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده ی مادران بعد از مداخله آموزشی تغییر قابل ملاحظه ای داشته است و این امر نشان می دهد که مداخله مورد نظر روی عملکرد والدین با هدف کاهش سوانح و حوادث تأثیر داشته است. از طرفی این مطالعه نشان می دهد با افزایش مدت زمان آموزش های ارائه شده و افزایش مدت زمان بین تکمیل پرسشنامه قبل و بعد از آموزش به نتیجه مطلوب تری خواهیم رسید و می توان گفت یکی از کاستی های تحقیقات قبلی کم بودن مدت زمان آموزش است که با برنامه ریزی بهتر می توان این مشکل را مرتفع نمود (11).

از این رو مطالعه حاضر با هدف افزایش آگاهی، تغییر در نگرش و رفتار مادران و افزایش عملکرد ایمنی آنان به آسیب های ناشی از حوادث کودکان زیر 5 سال شهرستان قروه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شده است. انجام این تحقیق از این نظر مهم و لازم است که با آموزش های ساده به مراقبین، می توان از بروز مشکلات زیادی پیشگیری کرد و با صرف هزینه و وقت کم سلامت ایمنی کودکان را تأمین نمود.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی و از نوع کارآزمایی تصادفی می باشد. جمعیت هدف، مادران دارای کودک زیر 5



تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ قسمت های مختلف پرسشنامه به این صورت بود: سؤالات آگاهی 0/77، حساسیت درک شده 0/72، شدت درک شده 0/71، منافع درک شده 0/89، راهنما برای عمل 0/73، خود کارآمدی 0/77 و عملکرد 0/75 بود. برای تحلیل داده ها و آزمون فرضیات پس از جمع آوری و ورود داده ها به نرم افزار SPSS نسخه 19 از آزمون های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای دو با سطح معنی داری 0/05 استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد 120 مادر دارای کودک زیر 5 سال تحت بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی مادران شرکت کننده $29 \pm 5/7$ سال بود که در مجموع دارای تعداد 128 کودک زیر 5 سال بودند که 44 درصد آن ها دختر و 56 درصد پسر بودند. بعد خانوار شرکت کنندگان در مطالعه $1 \pm 3/76$ بود. در مقایسه خصوصیات دموگرافیک افراد تحت مطالعه (جدول شماره یک)، گروه آزمون و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک پایه شامل بعد خانوار، سن مادر، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات مادر و جنسیت فرزندان زیر 5 سال همسان بودند و مقدار P برای تمام متغیرها بیشتر از 0/05 بود. سایر متغیرهای پایه شامل سطح تحصیلات همسر ($P = 0/72$)، شغل همسر ($P = 0/2$)، تعداد کودکان زیر 5 سال ($P = 0/47$) و سن پدر ($P = 0/7$) نیز همسان بودند و اختلاف معنی داری از این نظر بین دو گروه تحت مطالعه وجود نداشت.

مرکز بهداشت شهرستان به مدت (هر جلسه) 55-65 دقیقه و با حضور تعداد 58-60 نفر (هر جلسه) برگزار گردید. این جلسات توسط مجری طرح و با استفاده از روش های سخنرانی و پرسش و پاسخ و بکار بردن مواد آموزشی (پاورپوینت) به فاصله دو هفته برای گروه مداخله برگزار شد. مدت زمان در نظر گرفته شده برای پیش آزمون 30 دقیقه و برای پس آزمون 25 دقیقه بود. در نهایت بعد از 2 ماه مجدداً همان پرسشنامه های اولیه توسط هر دو گروه تحت مطالعه تکمیل شد. ضمناً در ابتدا به کلیه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه خواهد بود.

در تهیه پرسشنامه از منابع علمی معتبر وزارت بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران و سؤالات استاندارد مربوط به حوادث با در نظر گرفتن سازه های مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شده است (9، 11، 16). پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل سه قسمت بود. قسمت اول، متغیرهای زمینه ای و جمعیت شناختی (11 سوال)، قسمت دوم شامل سؤالات آگاهی (15 سوال)، حساسیت درک شده (5 سوال)، شدت درک شده (5 سوال)، منافع درک شده (5 سوال)، موانع درک شده (5 سوال)، راهنما برای عمل (4 سوال)، خود کارآمدی (4 سوال) و عملکرد (20 سوال) که به صورت خود گزارش دهی و طی مصاحبه شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل شد. قسمت سوم شامل سابقه رخداد آسیب کودکان زیر 5 سال و مشخصات آسیب های رخ داده است که شامل 11 سوال می باشد. برای سنجش روایی پرسشنامه مذکور از نظر متخصص آموزش بهداشت و ایمنی استفاده شد. برای سنجش پایایی، پرسشنامه مذکور توسط 20 نفر

جدول شماره 1: مشخصات دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل						
P-value	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیرها	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/79	%51/7	31	%50	30	3	بعد خانوار
	%31/7	19	%33/4	20	4	
	%11/6	7	%11/6	7	5	
	%5	3	%5	3	6 و بیشتر	
0/75	%8/3	5	%3/4	2	15 تا 19 سال	گروه سنی مادران
	%15	9	%21/6	13	20 تا 24 سال	
	%25	15	%23/3	14	25 تا 29 سال	
	%38/3	23	%28/3	17	30 تا 34 سال	
	%10	6	%20	12	35 تا 39 سال	
	%3/4	2	%3/4	2	40 تا 44 سال	
0/43	%60	36	%62	37	1	تعداد فرزندان خانوار
	%27	16	%28	17	2	
	%13	8	10	6	3 و بیشتر	
0/13	%5	3	%8/3	5	بی سواد	سطح تحصیلات مادر
	%25	15	%8/3	5	ابتدایی	
	%8	5	%13/3	8	راهنمایی	
	%36/7	22	%35	21	متوسطه	
	%25	15	%35	21	دانشگاهی	
0/85	%45	27	%43/3	26	مذکر	جنسیت فرزندان زیر 5 سال
	%55	33	%56/7	34	مؤنث	
0/053	%76/3	45	%58/3	35	شاغل	وضعیت اشتغال مادر
	%23/7	15	%41/7	25	خانه دار	

که اختلاف نمره گروه مداخله قبل و بعد از مداخله نیز در تمام موارد آگاهی ($P < 0/001$) و حساسیت درک شده ($P < 0/001$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، منافع درک شده ($P = 0/03$)، موانع درک شده ($P < 0/001$) و خود کارآمدی ($P = 0/001$) معنی دار گزارش شد (مطابق جدول شماره 2).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف دو گروه از نظر آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مادران قبل از مداخله معنی دار نبود. اما بعد از مداخله بین دو گروه از لحاظ آگاهی ($P < 0/001$)، حساسیت درک شده مادر ($P = 0/005$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، موانع درک شده ($P = 0/002$) و خودکارآمدی ($P = 0/02$) اختلاف معنی داری وجود داشت. آزمون تی زوجی نشان داد

جدول شماره 2: میانگین نمرات آگاهی و عملکرد در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

اختلاف میانگین قبل و بعد		P-value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه ها	متغیر ها
میانگین	خطای معیار		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
3/46	0/37	<0/001	11/67	2/29	8/2	2/49	مداخله	آگاهی
0/233	0/19	NS	8/1	2/5	7/85	2/7	کنترل	
<0/001			<0/001		NS			P-value
0/283	0/212	NS	4/95	1/51	4/66	0/87	مداخله	عملکرد
0/116	0/295	NS	4/95	2/07	4/83	1/95	کنترل	
		NS	NS		NS			P-value

را از خود نشان دادند (جدول شماره 3). بین دو گروه از نظر آسیب دیدگی کودکان زیر 5 سال بعد از مداخله فقط برای آسیب های خفیف (قابل بهبود با درمان های خانگی) اختلاف معنی داری مشاهده شد. مقدار کای اسکور با یک درجه آزادی 5/2 ($P = 0/023$) هیچ کدام از کودکان نیز دچار آسیب های شدید (منجر به بستری در بیمارستان) نشدند.

در صورتی که در گروه کنترل فقط نمره خود کارآمدی قبل و بعد از مداخله ($P = 0/046$) (مطابق جدول شماره 3) معنی دار بود. با انجام آزمون تی مستقل، میانگین اختلافات قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل برای آگاهی ($P < 0/001$) (جدول شماره 2)، حساسیت درک شده ($P < 0/03$)، شدت درک شده ($P < 0/001$)، موانع درک شده ($P < 0/001$) و خودکارآمدی ($P = 0/005$) تفاوت معنی داری

جدول شماره 3: جدول شماره 3: میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل						
اختلاف میانگین قبل و بعد		P-value	بعد از مداخله	قبل از مداخله	گروه ها	عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی
خطای معیار	میانگین		Mean±SD	Mean±SD		
0/449	-2/36	0/001>	25/75±2/84	23/38±3/75	مداخله	حساسیت درک شده
0/705	-0/533	NS	23/15±6/36	22/61±3/92	کنترل	
	0/03		0/005	NS	p-value	
0/548	4/60	0/001>	20/63±4/76	25/23±3/46	مداخله	شدت درک شده
0/174	0/200	NS	20/35±4/86	20/55±4/87	کنترل	
	0/001>		0/001>	NS	p-value	
0/343	0/766	0/03	26/68±2/78	27/45±2/60	مداخله	منافع درک شده
0/295	0/016	NS	26/50±2/76	26/52±3/52	کنترل	
	NS		NS	NS	p-value	
0/510	-2/15	0/001>	22/65±3/79	20/50±4/46	مداخله	موانع درک شده
0/200	0/133	NS	20/28±4/45	20/41±4/33	کنترل	
	0/001>		0/002	NS	p-value	
0/297	0/583	0/054	7/73±2/45	8/31±2/63	مداخله	راهنما برای عمل
0/085	0/000	NS	8/53±2/24	8/53±2/25	کنترل	
	NS		NS	NS	p-value	
0/485	1/71	0/001	8/58±2/16	10/30±4/04	مداخله	خودکارآمدی
0/122	0/250	0/05	9/75±3/41	10/00±3/31	کنترل	
	0/005		0/02	NS	P-value	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، باعث ارتقاء میانگین نمره آگاهی و بهبود میانگین نمره سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی) و همچنین تغییر مثبت در عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال گردیده است.

اختلاف میانگین نمره آگاهی مادران در این مطالعه در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش از رابطه معنی داری برخوردار است. برخی مطالعات نیز مؤید این مطلب است که وجود اختلاف معنی دار بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره آگاهی شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل، نشانه تأثیر مثبت آموزش بر ارتقاء چشمگیر میزان آگاهی شده و در بهبود رفتارهای ایمنی آنان کاملاً مؤثر بوده است (15-13).

در بررسی اختلاف میانگین نمره سازه های مدل اعتقاد بهداشتی نمره حساسیت درک شده مادران در خصوص آسیب های کودکان زیر 5 سال قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله از رابطه معنی داری برخوردار بوده است. در سایر مطالعات مشابه انجام شده (15-13) با توجه به معنی دار شدن رابطه گویای این مطلب است که درک و برداشت شرکت کنندگان در مطالعه با حساسیت درک شده از مشکل رابطه دارد. به این معنی که مادران کودکان خود را در برابر انواع آسیب های شایع، حساس دانسته و احتمال وقوع آسیب را می دهند. اما در مطالعه مطلبی قائن و همکاران (15) اختلاف میانگین حاصل شده، از رابطه معنی دار برخوردار نبود. پیشگیری مؤثر و موفقیت آمیز از وقوع آسیب ها بستگی به اطلاعات واقعی درباره استعداد ابتلا و احتمال وقوع خطر دارد. پس ارتقاء آگاهی، اغلب باعث ارتقاء حساسیت درک شده و نهایتاً منجر به انجام رفتار پیشگیری

کننده از سوی آنان خواهد شد. اختلاف میانگین شدت درک شده مادران در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال قبل و بعد از مداخله آموزشی از رابطه معنی داری برخوردار بود. در این مطالعه درک مادران دارای کودک زیر 5 سال از میزان جدی بودن آسیب های شایع کودکان در حد متوسط و کمی بالاتر بود و وجود اختلاف معنی دار نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بر ارتقاء چشمگیر میزان شدت درک شده مادران است. در مطالعات انجام شده توسط هزاه ای و همکاران، شمسی و همکاران، رخشانی و همکاران (15-13) نیز میانگین نمره شدت درک شده قبل از مداخله و بعد از مداخله از رابطه معنی داری برخوردار بوده است. در این مطالعه یکی از دلایل افزایش نمره شدت درک شده گروه مداخله را می توان به نمایش عکس های کودکان آسیب دیده با طیفی از شدت عوارض ایجاد شده در کلاس های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی دانست همچنین در مطالعه رضاپور و همکاران (17)، این سازه از مدل نیز به عنوان یکی از متغیرهای قوی پیشگویی کننده برای انجام رفتارهای ایمنی توسط مادران تعیین گردید. در واقع اگر تأثیرات منفی و عوارض شدید آسیب ها بر زندگی کنونی و آینده کودکان و حتی خانواده آنان به درستی از سوی والدین به عنوان مراقبین اصلی کودکان درک شود، از بروز بسیاری از آسیب ها و عوارض ناشی از آن پیشگیری خواهد شد. اختلاف میانگین نمره منافع درک شده مادران نیز در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش از رابطه معنی داری برخوردار بوده است. در مطالعات انجام شده توسط هزاه ای و همکاران، شمسی و همکاران، رخشانی و همکاران (15-13) این رابطه معنی دار بود اما در مطالعه مطلبی قائن و همکاران (17) این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. وضعیت میانگین منافع درک شده توسط مادران گویای این مطلب است که درک مادران از میزان منافع به دست آمده در ازای انجام رفتارهای ایمنی بسیار

نیز به عنوان یکی از متغیرهای قوی پیشگویی کننده رفتار مادران برای انجام اقدامات ایمنی تعیین گردید. لذا می توان گفت دادن اطمینان و اعتماد به نفس به مادران در خصوص توانایی آن ها در کنترل و پیشگیری از آسیب های کودکان از سوی پرسنل بهداشتی و خانواده هایشان کاملاً محسوس و ضروری است. در خصوص نمره عملکرد مادران در مطالعه انجام شده اختلاف میانگین در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش از رابطه معنی دار برخوردار نبود. در سایر مطالعات انجام شده (12، 13، 15) این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده و وضعیت میانگین نمره عملکرد مربوط به رفتارهای ایمنی مادران در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال گویای این مطلب است که در صورت عدم رعایت اصول ایمنی در محیط پیرامون کودک و برطرف نکردن عوامل خطر احتمالی موجود در اطراف و حین بازی و فعالیت کودک صدمات با طیف گسترده ای از خفیف تا شدید و در پاره ای اوقات حتی مرگ در انتظار کودکان است. وجود اختلاف معنی دار بعد از مداخله نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بر ارتقاء چشمگیر میزان عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال می باشد. مطالعه مشابهی در سال 91 توسط پورالعجل و همکاران (10) انجام گرفت که نتایج آن نشان داد میانگین نمره آگاهی و راهنما برای عمل مادران دو گروه در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی دار داشت. ولی این تفاوت بعد از مداخله آموزشی از رابطه قوی تری برخوردار بود. میانگین نمره حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان زیر 5 سال دو گروه قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی دار نداشت ولی بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی دار بود که می توان گفت آموزش بر اساس مدل های تغییر رفتار از جمله مدل اعتقاد بهداشتی می

بیشتر از انجام ندادن آنهاست. وضعیت میانگین نمره موانع درک شده مادران در هر دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش تقریباً در شرایط یکسان و متوسط قرار داشت. این نکته گویای این مطلب است که مادران دارای کودک زیر 5 سال از وجود موانعی مانند خستگی توجه دائم به کودک و وقت گیر بودن نظارت بر کودک رنج می برند و این موارد را به عنوان موانع جدی در خصوص کنترل آسیب های کودکان قلمداد می کردند. در این مطالعه اختلاف میانگین نمره موانع درک شده گروه مداخله قبل و بعد از آموزش از رابطه معنی دار برخوردار بود. در مطالعه هزاوه ای و همکاران (13) نیز این رابطه معنی دار بود و در مطالعه رضا پور و همکاران نیز (18) این سازه از مدل به عنوان یکی از متغیرهای قوی پیشگویی کننده رفتار مادران برای انجام اقدامات ایمنی تعیین گردید. لذا می توان گفت توجه به رفع موانع موجود از سوی خانواده ها به عنوان یکی از نیروهای محرک برای ارتقاء رفتارهای ایمنی مادران کاملاً ضروری است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد اختلاف میانگین نمره راهنما برای عمل مادران در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش از رابطه معنی دار برخوردار نبود اما می توان گفت افزایش تعداد نمونه ها در مطالعات بعدی می تواند در مؤثر بودن آموزش و معنی دار شدن آزمون ها مؤثر باشد. این سازه از مدل اعتقاد بهداشتی در مطالعه رخشانی و همکاران (14) و مطالعه مطلبی قائن و همکاران (16) معنی دار بود. در مطالعه رضاپور و همکاران (18) این سازه از مدل نیز به عنوان یکی از متغیرهای قوی پیشگویی کننده رفتار مادران برای انجام رفتارهای ایمنی تعیین گردید.

اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی مادران نیز در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش در مطالعه انجام شده از رابطه معنی دار برخوردار بود همچنین در مطالعه رخشانی و همکاران نیز (15) این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده است. در مطالعه رضا پور و همکاران (18) این سازه از مدل



بین انجام مداخله آموزشی تا ارزشیابی نهایی از مهم ترین محدودیت های مطالعه حاضر می باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت مصوب جلسه شورای پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس مورخ 92/2/15 و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه، مورخ 92/4/15 می باشد. نویسندگان این مقاله از همکاری شایسته کلیه کارکنان محترم مرکز بهداشت شهرستان قروه کمال تشکر و قدر دانی را دارند.

تواند بر ارتقاء دانش ایمنی و افزایش درک، نگرش و عملکرد های پیشگیری کننده مراقبین کودکان در خصوص پیشگیری از آسیب ها بسیار مؤثر و مفید باشد. نهایتاً این که نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان یکی از تئوری های آموزش بهداشت تأثیر مثبت بر ارتقاء دانش ایمنی، تغییر نگرش و بهبود عملکرد مادران در خصوص آسیب های کودکان زیر 5 سال دارد و در نتیجه باعث ارتقاء سلامت و ایمنی کودکان خواهد شد. عدم استقبال مادران از برنامه های آموزشی، کمبود وسایل و رسانه های کمک آموزشی و فاصله زمانی



References:

1. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global Burdens of Disease and Risk Factors :New York: Oxford University Press; 2006
2. Peden M, McGee K, Sharma G. The Injury Chart Book: a graphical overview of the global Burden of Injuries. Geneva: World Health Organization: 2002
3. Mock CN, urkovich GJ, nii-Amon-Koteir D, Arreola-risa c, Maier R. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implication for global trauma system development; Trauma. 1988;44(5):804-8
4. Peden M, McGee K, Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. United Nations Childrens Fund. Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries. Unicef ;2007.
6. World Health Organization injury 2012; www.who.int/topics/injuries. Aupdated in 2012. Access date at 2013.
7. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J. World report on Child Injury Prevention. Geneva: WHO: 2008.
8. Carlson A, Sleet D, Sleet G. Application of Behavior –Change Theories and Methods to Injury Prevention. Epidemiologic Reviews. 2003;25;65-76.
9. Glanz K, Marcus L, Rimer B, Blake K. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice: National Institute of Health ;1997.
10. Poorolajal J .Cheraghi P. Hazavehei S M. Rezapour S F. Factors Associated with Mothers' Beliefs and Practices Concerning Injury Prevention in Under Five-Year Children, Based on Health Belief Model .JRHS 2013; 13(1): 63-68.
11. Robers H, Smith SJ, Brayce C. Children at Risk? Safety as a Social Value. BUKINGHAM 1995.
12. world health Organization. World Health Statistics. 2008 Available from: www.who.net.
13. Hazavehei SMM, Shadzi S, Asgari T, Porabdian S, Hassan Zadeh A. The Effect of Safety Education Based on Health Belief Model (HBM) on the Workers Practice of Borujen Industrial Town in Using the Personal Protection Respiratory Equipment. Iranian Healthy Occupation. 2008;5(1&2):21-30.[Persian]
14. Shamsi MIT, Ajik R, Mohammad Beigi A. Effect of Education Based on Health Belief Model on Self –medication in Mothers Referring to Health Centers of Arak. Arak Medical university Journal. 2009;12(3):57-66.[Persian]
15. Rakhshani F, Esmaili A, Charkazi A, Haftavar M, Shahanazi H, Esmaili A. Effect of Education on Smoking Prevention in Students of Zahedan. Health System Resarches Jornal ,2010;6(2):267-75.[Persian]
16. Motalebi Ghaen M, Shojaiezadeh D, Adl J, Sanaei Nasb H, Tavakoli R. Health Belief Model Based Safety Education on Supervisions of a Workshop Constructing Cement Factory, European journal of Scientific Research . 2010;47(4):662-7
17. Giashuddin SM, Rahman A, Rahman F, Rahman Mashreky S, Chowdhury SM, Linner M, et al. Socioeconomic Inequality in Child Injury in Bangladesh-implication for Developing Countries. International Journal for Equity in Health. 2009;8(7):1-8
18. Rezapour Sh F, Cheraghi P, Hazavehei SMM, Poorolajal J. Factors Associated with Mothers Beliefs and Practices in Injury Prevention



among under Five-Year Children Based on
Health Belief Model in Hamedan in
5011.Unpublished Final Report. .[Persian]