

The Measurement of Health Belief Model (HBM) constructs in the prevention of accidents and injuries in children in khorramabad 2014

Fathi Sheikhi M¹, Shamsi M^{1*}, Khorsandi M¹, Ranjbaran M²

1-Department of Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Department of Epidemiology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 21 Oct 2014, Accepted: 7 Jan 2015

Abstract

Background: Accidents and injuries one of the main causes of death and disability in the world and the most significant causes in children referred to hospital. So, this study aimed to assess the health belief model constructs and function of the mothers referred to health centers in the city of Khorramabad in the preventive behaviors of accidents and injuries in children.

Materials and Methods: This cross sectional and analytical study was done on 261 mothers with children aged less than 5 years are referred to health centers in the city of Khorramabad in 2014. Data was collected with a questionnaire based on the Health Belief Model. The data collected were analyzed by software SPSS-20.

Results: In this study the mean and standard deviation of age of mothers was 28.98 ± 5.37 years and the mean score of function and self-efficacy were 59.1 ± 14.74 and 69.1 ± 11.07 respectively. Moreover, the mean scores of the other health belief model constructs such as perceived sensitivity, severity, benefits and barriers was higher than average. There was significant negative correlation between self-efficacy and perceived barriers ($r = -0.256$, $p < 0.001$), and also between the perceived barriers and function ($r = -0.391$, $p < 0.001$).

Conclusion: According to the score of the function of mothers and the other constructs of health belief model, training programs based on the model directly and indirectly in the form of multimedia training package recommended to promote preventive behaviors of accidents occur in children.

Keywords: Health Belief Model, Mothers, Accidents, Injuries, Prevention, Children

*Corresponding Author:

Address: Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Golestan Quarter, Mostafa Khomeini Town, Arak, Iran

Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیش‌گیری از بروز سوانح و حوادث در کودکان شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۳

مریم فتحی شیخی^۱، محسن شمسی^{۲*}، محبوبه خورسندی^۳، مهدی رنجبران^۴

۱- دانشجوی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳- دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: سوانح و حوادث یکی از عوامل اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا و از مهم‌ترین علل مراجعه کودکان به بیمارستان می‌باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد، در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم‌آباد در خصوص رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوانح و حوادث در کودکان صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه مقطعی - تحلیلی بر روی ۲۶۱ نفر از مادران دارای کودک کمتر از ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. روش گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه تنظیم شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بوده است. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سن مادران $28/98 \pm 5/37$ سال، میانگین نمره عملکرد و خودکارآمدی مادران به ترتیب برابر $59/14 \pm 11/07$ و $59/14 \pm 14/74$ مشاهده شد. هم‌چنین میانگین نمرات سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نیز بیش از حد متوسط مشاهده شد. بین خودکارآمدی و موانع درک شده همبستگی منفی و معنی‌دار ($r = -0/256, p < 0.01$) و بین موانع درک شده و عملکرد نیز همبستگی منفی و معنی‌داری ($r = -0/391, p < 0.01$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان میزان عملکرد مادران و سایر سازه‌های نگرشی مدل اعتقاد بهداشتی، پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزشی بر مبنای این مدل به صورت مستقیم و غیر مستقیم در قالب بسته‌های آموزشی چند رسانه‌ای به منظور ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوانح و حوادث در کودکان صورت گیرد.

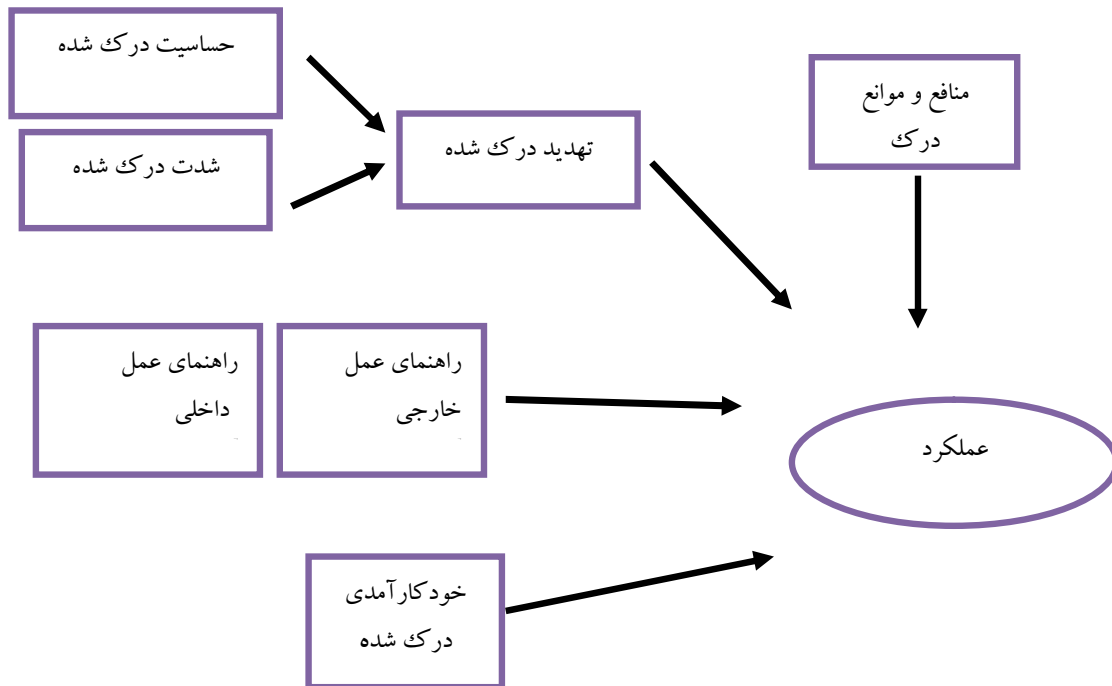
واژگان کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، مادران، سوانح، حوادث، پیش‌گیری، کودکان

*نویسنده مسئول: اراک، کوی گلستان، شهرک مصطفی خمینی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت

مقدمه

سوانح و حوادث در کودکان از جمله موضوعات مهم بهداشت عمومی و توسعه می باشد (۱) و هم چنین یکی از عوامل اصلی مرگ و ناتوانی در دنیا می باشد و از مهم ترین علل مراجعه کودکان به بیمارستان می باشد. سالانه حدود ۵ میلیون نفر بر اثر حوادث می میرند که بر اساس پیش بینی سازمان جهانی بهداشت این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۸/۴ میلیون نفر خواهد رسید (۲). آسیب های غیر عمدی عامل ۳۳ درصد از کل مرگ های کودکان ۴-۱ ساله در ایالات متحده می باشد (۳). برآورد شده سالانه در ایالات متحده تقریباً ۱۱/۵ بیلیون دلار صرف هزینه آسیب های وارده به کودکان می شود. هم چنین سالانه نزدیک به ۹ میلیون کودک ۱۹-۰ ساله به بخش اورژانس مراجعه می کنند و بیش از ۹ هزار کودک بر اثر سوانح و حوادث می میرند (۴). در میان همه مصدومیت های غیر عمدی منجر به مرگ کودکان زیر ۵ سال، مصدومیت های ناشی از سوانح رانندگی مهم ترین عامل مرگ و میر محسوب می شود. استفاده از وسایل ایمنی برای کودکان مانند صندلی نوزاد و خردسال هنگام سفر نرخ مرگ و میر ناشی از تصادفات را در میان نوزادان تا ۷۱ درصد و در میان کودکان تا ۵۴ درصد کاهش می دهد (۵). بررسی ها نشان می دهد که اولین علت اصلی مرگ در ۵ سال اول زندگی کودکان سراسر جهان سوانح و حوادث می باشد (۶). بر اساس آمار مرگ و میر کودکان زیر ۶ سال در سال ۱۳۸۷ در ایران، حدود ۲۱ درصد میزان مرگ و میر مربوط به حوادث و سوانح غیر عمدی است که از این میزان ۴۳ درصد به حوادث خانگی و ۴۲/۸ درصد به حوادث ترافیکی اختصاص دارد. در صورتی که دامنه توجه به پیامدهای مربوط به سلامتی که در نتیجه حوادث پدید می آیند وسیع تر گردد، ملاحظه می شود که اغلب پیامدها فقط به آسیب های فوری ناشی از واقعه محدود نمی گردد. هر حادثه منجر به آسیب جسمانی در اغلب موارد به بیماری های جسمانی، عوارض روانی و خسارت های اجتماعی منجر می شود (۷). بیشتر صدمات در کودکان قابل پیش گیری و پیش بینی می باشد (۶). در مطالعات مختلف نیز

به شیوع بالای حوادث در کودکان و نقش اطلاعات مادران در این زمینه اشاره شده است از جمله، در مطالعه انجام شده در شهر یزد بین تعداد فرزندان در خانه و سواد مادر با وقوع حوادث ارتباط آماری مشاهده شده است و ۵۱/۳ درصد از موارد سقوط در خانه رخ داده است (۸). در مطالعه انجام شده در همدان سقوط، سوختگی و مسمومیت شایع ترین علت صدمات بودند و اکثر صدمات در خانه رخ داده بود (۶). در مطالعه انجام شده در کودکان مرگه در شهر رشت، ۹۳ درصد موارد سوختگی در خانه روی داده است. بیشترین گروه سنی سوخته شده کودکان کمتر از ۲ سال بودند، بیشترین سوختگی با مایعات داغ و در ساعات تهیه و صرف غذا رخ داده بود (۹). در حال حاضر اقدامات پیش گیرانه برای کاهش حوادث در جامعه به طور پراکنده با برنامه های آموزشی انجام می پذیرد ولی اقدام اساسی قلمداد نمی شود، زیرا قبل از هر برنامه ریزی و انجام هرگونه مداخلات، کسب آگاهی و ویژگی های مبتلایان به سوانح و دلایل مراجعه مصدومین به اورژانس حائز اهمیت است (۱۰). آموزش مادران به عنوان فرد کلیدی در خانواده از اهمیت خاصی برخوردار می باشد (۱۱) که لازمه آن بررسی میزان پایه آگاهی و نگرش مادر در این خصوص می باشد و لذا نیازمند به انجام مطالعات مناسب بر اساس مدل های رفتاری و بهداشتی بیشتر ملموس به نظر می آید. در این میان الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از الگوهای است که به دلیل اهمیت موضوع و احساس تهدید و اقدام به عمل برای پیش گیری از سوانح و حوادث در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. براساس این الگو فرد زمانی رفتار بهداشتی پیشگیرانه را اتخاذ می کند که عوامل زیر بر او تأثیر بگذارند. این عوامل شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمای عمل و خود کارآمدی می باشند (شکل ۱) (۱۲). لذا پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه های مدل اعتقاد بهداشتی جهت شناخت باورهای بهداشتی و عملکرد مادران در زمینه پیش گیری از سوانح و حوادث در کودکان زیر ۵ سال انجام پذیرفته است.



شکل ۱. نمایی از الگوی اعتقاد بهداشتی

شده دارای بالاترین مقدار انحراف معیار بود ($SD=18/8$) و در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول برابر ۳ ($d=3$) و سطح اطمینان ۹۹ درصد (آلفا برابر ۱ درصد) تعداد ۲۶۱ نمونه محاسبه گردید.

$$n = \frac{z^2 s^2}{d^2}$$

ابزار گرد آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد برگرفته از مطالعه آقای پور العجل و همکاران (۶) می باشد که شامل، اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه پیش گیری از سوانح و حوادث بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی می باشد این پرسشنامه مشتمل بر؛ قسمت اول: مشخصات دموگرافیک (۱۱ سوال شامل سن مادر، سن کودک، شغل مادر، شغل همسر، تحصیلات و غیره) قسمت دوم: سوالاتی در مورد ابعاد مختلف مدل اعتقاد بهداشتی شامل سوال در مورد موانع درک شده، منافع، حساسیت و شدت درک شده، خودکارآمدی، راهنمای عمل می باشد. قسمت سوم: سوالاتی در مورد عملکرد در رعایت مسائل پیش گیری کننده از سوانح و حوادث در کودکان. امتیاز گذاری

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی تحلیلی است که جامعه هدف آن کلیه مادران ۱۸ الی ۴۰ سال دارای کودک زیر پنج سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۳ بودند.

جهت انجام نمونه گیری ابتدا شهر خرم آباد به چهار منطقه (به عنوان طبقات) تقسیم شد و از بین مراکز بهداشتی درمانی موجود در هر منطقه (به عنوان خوشه ها)، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب (در مجموع ۸ مرکز) انتخاب و از مادران مراجعه کننده به آن، به صورت تصادفی ساده اقدام به نمونه گیری شد. معیار ورود مادران شامل مادران دارای کودک زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم آباد که دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن بوده و حاضر به شرکت در مطالعه باشند. معیار خروج نیز عدم تمایل مادر به شرکت در مطالعه و یا عدم تکمیل پرسشنامه به صورت کامل بوده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر محاسبه شده است. با توجه به مطالعه مشابه انجام شده که موانع درک

۱/۰۸±۰/۲۷ بود و تعداد فرزندان زیر ۵ سال ۱/۶۸±۰/۹۹ بود. ۷/۷ درصد از مادران دارای ۲ فرزند زیر پنج سال بودند. بین تعداد فرزندان و عملکرد ($r=-0/052$, $p=0/402$) و تعداد فرزندان زیر ۵ سال و عملکرد ($r=0/149$, $p=0/09$) و سن مادر و عملکرد ($r=0/327$, $p=0/061$) رابطه آماری وجود نداشت. سایر مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ مشخصات دموگرافیک مادران و کودکان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
سواد مادر	۵۶	۲۱/۴
ابتدایی و راهنمایی		
متوسطه و دیپلم	۱۱۳	۵۳/۶
دانشگاهی	۳۵	۲۴/۹
جنس کودک	۱۱۴	۴۳/۷
دختر		
پسر	۱۴۷	۵۶/۳
تعداد فرزندان	۱۴۵	۵۵/۶
۱		
خانواده	۷۵	۲۸/۷
۲		
۳	۲۷	۱۰/۳
۴ و بیشتر	۱۴	۵/۴

میانگین نمرات عملکرد ۵۹/۱، موانع درک شده ۶۱/۵۱ بود سایر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، در خصوص پیش گیری از سوانح و حوادث توسط مادران در کودکان کمتر از ۵ سال در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، عملکرد در خصوص پیش گیری از سوانح و حوادث توسط مادران در کودکان کمتر از ۵ سال

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
حساسیت درک شده	۶۹/۲	۱۲/۷۳	۳۳/۳۳	۱۰۰
شدت درک شده	۶۶/۶	۱۲/۶۱	۱۶/۶۷	۹۳/۳۳
منافع درک شده	۸۴/۲۲	۸/۷۷	۶۱/۱۱	۱۰۰
موانع درک شده	۶۱/۵۱	۱۵/۴۵	۱۶/۶۷	۱۰۰
راهنمای عمل	۷۲/۷۹	۹/۸	۴۱/۶۷	۹۵/۸۳
خودکارآمدی	۶۹/۱۴	۱۱/۰۷	۱۶/۶۷	۱۰۰
عملکرد	۵۹/۱	۱۴/۷۴	۲۰	۱۰۰

پرسش نامه حاضر بدین صورت می باشد که در قسمت حساسیت (۵ سوال)، شدت (۵ سوال)، منافع (۶ سوال) و موانع درک شده (۵ سوال)، راهنمای عمل (۴ سوال) و خودکارآمدی (۴ سوال) نیز دامنه امتیاز هر سوال بین ۱ تا ۶ متغیر می باشد به گونه ای که به جواب خیلی مخالف امتیاز ۱، مخالف امتیاز ۲، تا حدودی مخالف امتیاز ۳، تا حدودی موافق امتیاز ۴، موافق امتیاز ۵ و کاملاً موافق امتیاز ۶ تعلق گرفت. در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز به رفتار صحیح در زمینه رعایت مسائل پیش گیری کننده از سوانح و حوادث در کودکان امتیاز یک و رفتار غلط امتیاز صفر تعلق گرفت و در مجموع نمره این قسمت نیز بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. پایایی این پرسش نامه در مطالعه پورالعجل و همکاران سنجیده شده بود که مقدار آن در هر یک از قسمت های حساسیت (۰/۷۲)، شدت (۰/۷۱)، منافع (۰/۸۱)، موانع (۰/۶۳)، خودکارآمدی (۰/۷۷)، راهنمای عمل (۰/۷۳)، به دست آمد که قابل قبول لحاظ گردید. آلفای کرونباخ کل پرسش نامه ۰/۸۴ می باشد. نحوه پرکردن پرسش نامه از طریق خود گزارش دهی بود.

داده های پرسش نامه به صورت کد شده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد شد و با استفاده از شاخص های میانگین و انحراف معیار توصیف شد. همبستگی داخلی سازه های مدل با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت.

این طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک و دارای کد اخلاق ۱۶-۱۶۳-۹۳ می باشد و شرکت کنندگان به صورت داوطلبانه و پس از رضایت شفاهی در مطالعه شرکت کردند.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف معیار سن مادران ۲۸/۹۸±۵/۳۷ سال، میانگین و انحراف معیار سن کودکان ۲۱/۱۳±۱۶/۵۵ ماه، و در حدود ۸۸/۹ درصد از مادران خانه دار بودند و میانگین تعداد فرزندان

همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد، هم چنین ضریب همبستگی سایر متغیرها در جدول ۳ نشان داده شده است.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و موانع درک شده ($r = -0.256, p < 0.01$)، و موانع درک شده و عملکرد ($r = -0.391, p < 0.01$)

جدول ۳. همبستگی بین آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مادران در خصوص پیش گیری از سوانح و حوادث در کودکان کمتر از ۵ سال

متغیر	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	راهنمای عمل	خودکارآمدی
حساسیت درک شده	۱					
شدت درک شده	$r = 0.33$	۱				
منافع درک شده	$r = 0.207$	$r = 0.061$	۱			
موانع درک شده	$r = -0.131^{**}$	$r = 0.08$	$r = -0.211^{*}$	۱		
راهنمای عمل	$r = 0.11$	$r = 0.121$	$r = 0.107$	$r = -0.045$	۱	
خودکارآمدی	$r = 0.083$	$r = 0.21$	$r = 0.268^{*}$	$r = -0.256^{*}$	$r = 0.281^{*}$	۱
عملکرد	$r = -0.152^{**}$	$r = 0.11$	$r = 0.17$	$r = -0.391^{*}$	$r = 0.106$	$r = 0.225^{*}$

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

تیروئیدی نوزادان (۱۹) هم خوانی دارد که این امر از یک سو نکته ای مثبت در جهت عملکرد صحیح مادران می باشد زیرا در واقع مادر کودک خود را بیشتر در معرض آسیب قلمداد می کند که حاکی از حساست درک شده بالای مادر می باشد. با این وجود افزایش زیاده از حد شدت درک شده از سوی مادر به دلیل ایجاد ترس و تهدید درک شده ممکن است مانع از اقدام موثر مادر باشد، به گونه ای که می توان گفت سطح متعادلی از میزان اضطراب و ترس می تواند باعث افزایش رفتار شود و در سطوح بالای ترس و اضطراب عملکرد نیز کاهش می یابد. واضح است با ارائه آموزش های صحیح و تسلط مادر به مهارت های لازم در این زمینه و ایجاد تهدید درک شده در حد متعادل این عامل می تواند سبب عملکرد صحیح مادران و در نتیجه پیش گیری از آسیب کودکان شود. در خصوص منافع درک شده ناشی از اقدام مناسب و به موقع مادران برای پیش گیری از سوانح و حوادث کودکان، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که وضعیت درک مادران از منافع اتخاذ عملکردهای صحیح در این زمینه بیشتر از حد متوسط بوده است که با مطالعه هاشمی پرست (۱۷)، نیک سادات (۱۸)، گیلانی (۱۹)، سلطانی (۱۳)،

بحث

هدف از این مطالعه سنجش سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز شبکه بهداشت و درمان شهر خرم آباد در ارتباط با پیش گیری از سوانح و حوادث در کودکان می باشد. در مطالعه حاضر حساسیت و شدت درک شده مادران بیشتر از میزان متوسط بود، که این امر نشان دهنده این است که مادران نسبت به سلامت کودکان حساس هستند و کودک خود را در معرض خطر می دیدند و با مطالعه پورالعجل و همکاران با عنوان عوامل مرتبط با باورها و عملکرد مادران در زمینه پیش گیری از حوادث در کودکان (۶) و سلطانی و همکاران با عنوان بررسی عملکرد رانندگان موتورسیکلت در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (۱۳) مطابقت دارد. این مقادیر در سایر مطالعات مشابه در زمینه رفتارهای پیش گیری کننده از اختلال رشد در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه (۱۴)، رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت ادراری در کودکان (۱۵)، استفاده از کمربند ایمنی در رانندگان (۱۶)، رفتارهای پیش گیری کننده از مصرف خودسرانه دارو (۱۷)، و مشارکت مادران در برنامه های غربالگری کم کاری

از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه رفتار با او، مکانسیم سازگاری والدین را بهبود می‌بخشد و موجب می‌شود والدین شرایط کودک خود را بهتر بپذیرند و در پیشرفت کودک نقش موثرتری داشته باشند. همین امر موجب افزایش خودکارآمدی مادران می‌شود. این یافته‌ها لزوم و اهمیت آموزش مادران به منظور آسان نمودن حفظ کردن فرزندان از سوانح و حوادث، را مورد تأیید قرار می‌دهند. زمانی افراد برای انجام رفتارهای بهداشتی برانگیخته می‌شوند و حتی در برخورد با چالش‌ها این رفتارها را انجام دهند که احساس کنند بر رفتار بهداشتی کنترل دارند. در این مطالعه عملکرد مادران حدود ۵۹/۱ شد که نشان دهنده این امر می‌باشد که هنوز نیمی از مادران عملکرد خوبی در زمینه پیش‌گیری از سوانح و حوادث در کودکانشان را ندارند. به نظر این عملکرد ضعیف مادران منجر به بروز سوانح و حوادث و مراجعه کودکانی با مشکلات حاد در این زمینه به بیمارستان‌ها می‌شود به گونه‌ای که در مطالعه‌ای که توسط خزاعی و سایر همکاران در سال ۱۳۸۸ انجام شد، کودکان مصدوم مراجعه کننده به مراکز اورژانس امام رضا (ع) و ولی عصر (عج) بیرجند بیشترین میزان بروز حوادث در گروه سنی نوباوگان (۳۵ درصد) بود که ۴۸/۱ درصد علت مراجعات مربوط به حوادث خانگی و ۳۹/۹ درصد مربوط به خیابان و جاده، ۱۶/۹ درصد مربوط به زمین خوردن، ۱۶/۴ درصد مربوط به سقوط بود. نتایج این مطالعه نشان داد به طور کلی رعایت اصول ایمنی در محیط و نظارت مراقبت مناسب والدین برای پیش‌گیری از حوادث کودکان الزامی است و همواره بایستی به عنوان اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (۲۲).

با توجه به اهمیت این موضوع و عوارض و هزینه‌های ناشی از آن که به صورت مستقیم و غیر مستقیم به خانواده‌ها و جوامع تحمیل می‌شود پیشنهاد می‌گردد با توجه به نیازسنجی انجام شده در زمینه نگرش مادران نسبت به این موضوع مداخلات آموزشی مبتنی بر الگوهای رفتاری و بسته‌های آموزشی تئوری محور صورت پذیرد.

پورالعجل (۶)، مهری (۱۶) و هزاوه ای (۱۴) هم‌خوانی دارد. به نظر می‌رسد توجه مادران به این که توصیه‌های ارائه شده و همچنین نظارت و توجه به فعالیت کودکان در داخل و خارج از منزل سبب حفظ سلامتی کودک می‌شود و می‌تواند در ارتقاء سطح منافع درک شده موثر باشد. در پژوهش حاضر، موانع درک شده بیش از حد متوسط بود که با مطالعه هزاوه‌ای (۱۴)، پورالعجل (۶) و سجادی (۲۰) هم‌خوان و با مطالعه باقیانی مقدم (۱۵) و گیلانی (۱۹) ناهم‌خوان می‌باشد. بیشترین موانع درک شده از سوی مادران در این مطالعه عبارت بودند از مشکلات محیطی در زمینه ایمن سازی منزل جهت پیش‌گیری از سوانح و حوادث کودک و هم‌چنین کمبود وقت به دلیل رسیدگی به امور منزل از سوی مادر مطرح شده بود.

بیشترین تعداد افراد منابع دریافت اطلاعات خود را همسر و دوستان ذکر نمودند که به نظر می‌آید این مسئله هشدار جدی برای سیستم بهداشتی درمانی می‌باشد و نیازمند برنامه‌ریزی به منظور فعال‌تر کردن پرسنل بهداشتی درمانی می‌باشد. با مطالعه شمسی و همکاران در رابطه با سنجش سازه‌های اعتقاد بهداشتی رفتارهای پیش‌گیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک بیشترین پرسنل مرکز بهداشت و پس از آن همسر و دوستان بود (۲۱) که تا حدودی هم‌خوان با مطالعه حاضر است. در مطالعه هزاوه‌ای نیز بیشترین منبع اطلاعاتی اخذ شده از به ترتیب از مراکز بهداشتی و سپس همسران نمونه‌ها بوده است (۱۴) که البته این امر به علت کمبود وقت و شلوغ بودن مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند باشد. هم‌چنین نظام ثبت اطلاعات سبب کمبود وقت پرسنل می‌باشد یعنی زمانی را که باید به مشاوره به مردم بگذرانند به ثبت اطلاعات می‌پردازند، در بخش خودکارآمدی میانگین نمره خودکارآمدی ۶۹/۱ که بیش از حد متوسط بود که با مطالعه پورالعجل (۶)، نیک سادات (۱۸)، باقیانی مقدم (۱۵)، هزاوه‌ای (۱۴) هم‌خوانی دارد. آموزش والدین عنصر اصلی این مداخلات بهداشتی و کمک به افزایش توانمندی افراد در زمینه رفتارهای بهداشتی است. برنامه‌های آموزش والدین

3. National Action Plan for Child Injury Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. 2012 [cited 2014/2/26]. Available from: <http://www.cdc.gov/safechild/NAP/>. http://www.cdc.gov/safechild/pdf/National_Action_Plan_for_Child_Injury_Prevention.
4. Protect the Ones You Love: Child Injuries are Preventable. Centers for Disease Control and Prevention. 2012 [cited 2014/2/26]. Available from: <http://www.cdc.gov/safechild/>
5. Injuries resulting from accidents in Iran. United Nations Children's Emergency Fund. [cited 2014]; Available from: http://www.unicef.org/iran/fa/media_4782.html.
6. 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. Journal of research in health sciences. 2012;13(1):63-8.
7. Biria M , Arshi SH , Sadeghi H, Malekpour N. Effective Factors on Burn Incidence in Children under 6 years in rural areas of Ardabil 2003. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services. 1387;8(1):9-14.[Persian]
8. Mazloumi SS, Fallah Zadeh H. Prevalence of accidents in individuals under 20 years old in Yazd, Iran. Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research. 2002; 1(4):25-1.[Persian]
9. Emir Alavi S, Tolouei M, Shodjaei H, Kouchakinejad L. Epidemiology of childhood burns in children referred to Velayat Burn University Hospital of Rasht during 2008-9. KAUMS Journal (FEYZ). 2011;14(5):512-9.
10. Khodadadi H, Asadpoor M, Kermani Z, Ravari A. Frequency of the Accidents in Children Under 15 Years Old Referring to the Emergency Center of Ali Ebn Abitaleb Hospital in Rafsanjan 2000-2001. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2006;5(3):201-8.
11. Rostami H, Mirzaie M, Sadigh AL, Moayyed H, Mazaheri A, Mirzaie A. Home Eye Trauma in Emergency Units. Iran Journal of Nursing. 2006;18(44):15-22.
12. National institutes of health. Theory at a Glance A Guide for Health Promotion

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر جمع‌آوری اطلاعات به صورت خودگزارش دهی می‌باشد که با توجه به محدودیت‌های مطالعات انسانی و عدم توانایی مشاهده مستقیم رفتارهای مادران باید تعمیم نتایج با احتیاط صورت پذیرد. هم‌چنین در مطالعه حاضر فقط زنان باسواد وارد مطالعه شده‌اند که نمی‌توان نتایج را به کلیه زنان جامعه (گروه بی‌سواد) تعمیم داد و پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این خصوص انجام پذیرد.

نتیجه گیری

با توجه به میزان عملکرد مشاهده شده مادران در این مطالعه و هم‌چنین نمرات حاصل از سازه‌های نگرشی مدل اعتقاد بهداشتی، پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزشی مستقیم و غیر مستقیم از طریق بسته‌های آموزشی چند رسانه‌ای (مولتی مدیای آموزشی) بر مبنای این مدل به منظور ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سوانح و حوادث برای مادران به عنوان اولین مراقب کودک صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره مصوب ۱۲۱۲ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه مادران شرکت‌کننده در این طرح و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح پایان‌نامه را مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. WHO. Preventable injuries kill 2000 children every day. World Health Organization; 2008 [cited 2014/2/26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/>.
2. Noughjah S, Ghanavatzadeh A, Eskandri N, Daghlavi M. Prevalence of Non-Fatal Home Injuries and its Related Factors among Children Attending Health Centers in Ahvaz: a Pilot Study. Hakim. 2012;15(3): 238-42.[persian]

- Practice, 2nd edition. U.S. Department of Health and Human Services; 2005. p. 14-5.
13. Soltani R, Sharifirad G. Use of Helmets by Motorcycle Drivers Based on Health Belief Model. Health System Research (HSR). 2012; 8(4): 688-94. [Persian]
 14. Hazavehi M, Taheri M, Moeini B, Roshanaei G. Investigating causes of the infants' growth disorder (6-12 months) in Hamadan health centers based on Health Belief Model. 3. 2013; 21 (3) : 68-76. [Persian]
 15. Baghiani Moghadam M, Shojaeazadeh D, Mohamadloo A, Fallahzadeh H, Ranjbary M. Evaluation of Preventive Behaviors of UTI Based on Health Belief Model (HBM) in Mothers with Girls Younger Than 6 Years Old. Toloee Behdasht. 2013; 12 (1) : 78-88. [Persian]
 16. Mehri A, Sedighi Somea Koochak Z. Application and Comparison of the Theories of Health Belief Model and Planned Behavior in Determining the Predictive Factors Associated with Seat Belt Use among Drivers in Sabzevar. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(7): 806-18.
 17. Hashemi Parast M, Shojaizade D, Dehdari T, Gohari MR. Design and evaluation of educational interventions on the health belief model to promote preventive behaviors of urinary tract infection in mothers with children less than 6 years. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(110): 22-8.
 18. Niksadat N, Solhi M, Shojaeazadeh D, Gohari MR. Investigating the effect of education based on health belief model on improving the preventive behaviors of self-medication in the women under the supervision of health institutions of zone 3 of Tehran. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(113): 48-59.
 19. Gilasi H, Babae M, Gharlipour Z, Heidarian M, Tavassoli E. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Mother's Participation for Neonatal Hypothyroidism Screening Program. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2013; 15(3): 285-291.
 20. Mohsen S, Mahboobeh SH. The Effect of Education Based on Health Belief Model (HBM) in Mothers about Behavior of Prevention from Febrile Convulsion in Children. World Journal of Medical Sciences. 2013; 9(1): 30-5.
 21. Shamsi MR, Tajik A, Beigi M. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh). 2009; 12(3): 44-53. [Persian]
 22. Khazae T, Abdollahi F, Momeni R. Incidences Epidemiology in Children Referring to Emergency Centers of Birjand. Dena, Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing And Midwifery. 2009; 4 (1-2): 59-67. [Persian]