

Investigating the Relationship Between Health Belief Model Structures With the Mothers' Performance in Preventing Growth Retardation in Children Aged 1-5 Years in Shazand City, 2014

Seydeh Mahtab Navabi¹, Mahboobeh Khorsandi^{2*}, Nasrin Roozbahani³, Mehdi Ranjbaran⁴

1- MSc Student in Health Education, Department of Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2-Associate Professor, Department of Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- Instructor, Department of Epidemiology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 13 Jul 2015, Accepted: 26 Aug 2015

Abstract

Background: One of the common and important public health problems is failure to thrive in during childhood. The purpose of this study was to investigate the relationship between health belief model structures with mothers' performance in preventing growth retardation in children aged 1-5 years in Shazand city in 2014.

Materials and Methods: In this analytical and cross-sectional study, 202 mothers with children aged one to five years in the Shazand city were selected by random sampling. The data were collected by using a researcher-developed valid and reliable questionnaire by self-report method. The questionnaire included demographic characteristics of the mothers, the maternal practice checklist and health belief model dimensions. Finally, the data were analyzed by SPSS20 T-test, Chi-square, correlation, ANONV and regression.

Results: The mean age of subjects was 28.76 ± 5.28 years and a mean age of children was 26.49 ± 14.74 months. Most common level of education for mothers was diploma (76.7%). The mean score of mothers' behavior was 70.65. Among the structures, self-efficacy had the largest score (69.8) and external practice guide had the lowest (38.91). In regression analysis, for predicting behavior by health belief model structures, self-efficacy, perceived benefits and barriers were main predictors of behavior that predicted 10% of behavior changes ($R^2=0.101$).

Conclusion: The results of this study reveal that the design of educational interventions should be based on self-efficacy, perceived benefits and perceived barriers as the most important predictors of maternal behavior.

Keywords: Health belief model, Mothers, Failure to thrive, Prevention, Children

*Corresponding Author:

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

Email: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

بررسی رابطه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد مادران در پیش‌گیری از اختلال رشد کودکان یک تا پنج سال شهرستان شازند در سال ۱۳۹۳

سیده مهتاب نوابی^۱، محبوبه خورسندی^{۲*}، نسرین روزبهانی^۳، مهدی رنجبران^۴

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

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

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

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

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال رشد یکی از مشکلات شایع و مهم بهداشتی در دوران کودکی می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی رابطه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد مادران در پیش‌گیری از اختلال رشد کودکان یک تا پنج سال شهرستان شازند در سال ۱۳۹۳ بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی-تحلیلی، ۲۰۲ نفر از مادران دارای کودک یک تا پنج سال شهرستان شازند به صورت تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن تایید گردید، به روش خود گزارش دهی جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک مادر، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد مادران بود. در نهایت، داده‌ها با استفاده نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و از طریق آزمون‌های تی، کای مربع، همبستگی، آنووا و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران مورد مطالعه $28/76 \pm 5/28$ سال و میانگین سنی کودکان آن‌ها $26/49 \pm 14/74$ ماه بود. بیشترین میزان تحصیلات مادران (۷۶/۷ درصد) دیپلم بود. میانگین نمره عملکرد مادران $70/65$ بود و در بین سازه‌ها، خودکارآمدی بیشترین ($69/8$) و راهنمای عمل خارجی کمترین ($38/91$) نمره را داشتند. در تحلیل رگرسیونی به منظور پیش‌گویی رفتار با استفاده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، متغیرهای خودکارآمدی، منافع درک شده و موانع درک شده به عنوان پیش‌گویی کننده رفتار تعیین شدند که در مجموع ۱۰ درصد ($R^2=0/101$) از تغییرات رفتار را پیش‌گویی نمودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه، در طراحی مداخلات آموزشی باید بر سازه‌های خود کار آمدی، منافع درک شده و موانع درک شده به عنوان مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده رفتار مادران تاکید شود.

واژگان کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، مادران، اختلال رشد، پیش‌گیری، کودکان

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

Email: dr. khorsandi@arakmu.ac.ir

مقدمه

اختلال رشد یکی از مشکلات شایع و مهم بهداشتی در دوران کودکی می باشد و به معنای رشد ناکافی فیزیکی و وزن گیری ناکافی است که با بررسی رشد کودک در طول زمان با استفاده از منحنی های استاندارد رشد تشخیص داده می شود. بر اساس برآورد سازمان جهانی خواروبار و کشاورزی، حدود ۸۰۰ میلیون تا یک میلیارد نفر در دنیا به درجاتی از سوء تغذیه مبتلا می باشند (۱). اختلال رشد معمولاً روند کندی دارد، به طوری که با مشاهده برای مادر قابل تشخیص نیست و گاهی کارکنان بهداشتی هم در تشخیص دچار مشکل می شوند (۲). هرگونه غفلت از کودکان تاثیرات سوء و غیر قابل جبرانی را از نظر ارتقای رشد و تکامل، یادگیری و سلامت حال و آینده کودک به جا می گذارد (۳). علل اختلال رشد متفاوت است و طیفی از عوامل بیولوژیکی، اجتماعی و محیطی می تواند این مشکل را ایجاد کند (۴). در ۴۶ درصد از موارد علت جسمانی برای اختلال رشد وجود ندارد (۵). مسئله اختلال رشد کودکان آن قدر مهم است که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ کشورهای عضو را موظف کرد که ۵۰ درصد از حجم این مشکل بهداشتی را تا سال ۲۰۱۵ بکاهند (۶). سن شایع اختلال رشد ۱ تا ۵ سالگی است و اغلب کودکانی که این مشکل را دارند زیر ۵ سال هستند (۷).

از آنجایی که تغییر رفتار به عنوان پایه و اساس پیش گیری از مخاطرات مرتبط با سلامتی است، از این رو تغییر رفتار به عنوان یکی از راه کارهای موثر در خصوص کاهش اختلال رشد به جهت کاهش عوارض ناشی از آن نیز توصیه شده است (۸).

متخصصان معتقدند که اثربخشی برنامه های تغییر رفتار و آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده از نظریه ها و الگوهای آموزش بهداشت بستگی دارد (۹). بنابراین، انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام هر برنامه آموزش بهداشت است (۸).

مدل اعتقاد بهداشتی، مدل رفتاری-بهداشتی جامعه ای است که به وسیله گروهی از روان شناسان اجتماعی

به دلیل عدم پذیرش مسایل بهداشتی توسط مردم و برای رسیدن به هدف آموزش بهداشت یعنی تغییر رفتار طراحی و ارائه گردیده است. این مدل زمینه های مداخله های رفتاری را در بررسی برای جستجوی اطلاعات، علاقه مند شدن و انگیزش به سمت تصمیم گیری جهت اتخاذ رفتارهای پیش گیری کننده فراهم می کند (۹). براساس این الگو فرد زمانی رفتار بهداشتی پیش گیرانه را اتخاذ می کند که عوامل از قبیل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی بر او تأثیر بگذارد (۱۰).

استفاده از مناسب ترین تئوری و استراتژی های عملی در یک موقعیت ایجاد می شود به نحو چشم گیری موجب افزایش شانس اعمال موثر آموزش بهداشت یا ارتقای سلامت می گردد. امروزه اعتقاد بر این است که افراد می بایست برای موفقیت در تغییر رفتار (همان طور که در مدل اعتقاد بهداشتی مورد نظر است) به وسیله 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 پیامد ارزش مند با یک هزینه قابل قبول می گردد. آن ها هم چنین باید خودشان را در غلبه بر موانع درک شده در مسیر انجام عمل، کارآمد احساس کنند (۱۱).

با توجه به تأثیر غیر قابل انکار اختلال رشد بر کودکان و بروز عوارض سوء ناشی از آن، هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیش گیری کننده از اختلال رشد کودکان در مادران دارای کودک یک تا پنج سال شهرستان شازند می باشد تا بدین ترتیب گام مهمی جهت ارتقای سلامتی کودکان برداشته شود.

مواد و روش ها

در این پژوهش مقطعی-تحلیلی، ۲۰۲ مادر دارای کودک یک تا پنج سال شهرستان شازند در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه براساس مطالعه ای مشابه (۱۲) بر روی مدل اعتقاد بهداشتی و با در نظر گرفتن حداکثر

انحراف معیار برابر ۵/۰۷ و حداکثر خطای قابل قبول برابر ۰/۷ و هم‌چنین سطح اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین برابر با ۲۰۲ نفر تعیین شد.

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

نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده صورت گرفت. با توجه به این که شهر شازند دارای دو مرکز بهداشتی درمانی شهری می باشد، نمونه‌ها به صورت تصادفی و متناسب با تعداد کودکان تحت پوشش از افراد واجد شرایط در هر مرکز انتخاب گردیدند.

معیار ورود به مطالعه شامل مادران دارای کودک یک تا پنج سال بود که کودکشان طبق نمودار رشد کودک (ثبت شده در پرونده خانوار) اختلال رشد نداشت، تحت پوشش پایگاه بهداشتی بودند، به شرکت در طرح تمایل داشتند و حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و معیار خروج از مطالعه شامل مادرانی بود که کودکشان دچار بیماری‌های خاص بود و غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی داشتند. هم‌چنین عدم حضور مددجو در جلسه تکمیل پرسش‌نامه و نقل مکان مددجو و عدم امکان دسترسی به وی معیار خروج از مطالعه بود.

قبل از ورود افراد به مطالعه، هدف پژوهش و نحوه اجرای آن برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و در صورت داشتن تمایل، شرکت کنندگان پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی به صورت داوطلبانه وارد مطالعه می‌شدند. در این پژوهش مجوزهای لازم از مراجع مربوطه کسب شد و هم‌چنین کد اخلاق پژوهش به شماره ۱۲-۱۶۸-۹۳ از دانشگاه علوم پزشکی اراک دریافت گردید.

در این بررسی، داده‌ها به روش خود گزارش دهی و با استفاده از پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته جمع‌آوری شد. سنجش روایی این پرسش‌نامه با شیوه روایی محتوایی سنجیده شد، به این صورت که پرسش‌نامه بر اساس مدل

اعتقاد بهداشتی و با توجه به منابع و کتب معتبر تهیه و پس از آن توسط ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت، بهداشت خانواده و بهداشت مادر و کودک بررسی گردید و روایی آن پس از محاسبه ضریب نسبت روایی محتوا (CVR=۰/۹۷) و شاخص روایی محتوا (CVI=۰/۹۸) مورد تایید قرار گرفت.

پایایی پرسش‌نامه مذکور نیز از طریق هم‌سانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) بر روی ۳۰ نفر از مادران که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ حساسیت (۰/۷۲)، شدت (۰/۷۷)، منافع (۰/۷۳)، موانع (۰/۸۱)، راهنمای عمل (۰/۸۸) و خودکارآمدی (۰/۸۹) به دست آمد که قابل قبول لحاظ گردید. آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۷۹ می‌باشد.

نحوه پرکردن پرسش‌نامه از طریق خودگزارش دهی بود. این پرسش‌نامه محقق ساخته مشتمل بر قسمت‌های زیر می‌باشد: قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک است، قسمت دوم شامل سوالات مربوط به سنجش آگاهی است که به صورت سوالات چند گزینه‌ای مطرح گردید (۱۰ سوال)، قسمت سوم شامل سوالات حساسیت (۶ سوال)، شدت (۵ سوال)، منافع (۹ سوال) و موانع درک شده است (۵ سوال) که با استفاده از مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت طراحی شدند، قسمت چهارم به راهنماهای عمل مربوط می‌شود که راهنماهای عمل داخلی و خارجی در قالب سوال‌هایی در خصوص ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد کودکان در مادران سنجیده شد (جمعاً ۳ سوال)، قسمت پنجم شامل سوالات خودکارآمدی است که در مورد توانایی مادران در خصوص ارتقاء رفتار پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد کودکان می‌باشد (۵ سوال)، قسمت ششم چک لیستی است که عملکرد مادر را در خصوص اتخاذ رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد در کودک مانند تغذیه، بهداشت، پایش به موقع و غیره می‌سنجد (۱۲ سوال). امتیاز گذاری پرسش‌نامه حاضر بدین صورت می‌باشد که در قسمت حساسیت، شدت، منافع، موانع درک

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیش گیری از اختلال رشد کودکان در شهرستان شازند

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
حساسیت درک شده	۶۷/۳۷	۸/۲۷	۵۰	۹۰
شدت درک شده	۶۶/۴۳	۸/۳۱	۴۸	۸۴
منافع درک شده	۶۳/۷۹	۶/۷۲	۴۴	۸۶
موانع درک شده	۵۰/۴۱	۷/۶۷	۳۲	۶۸
راهنمای عمل داخلی	۶۸/۰۶	۱/۳۵	۴۰	۱۰۰
راهنمای عمل خارجی	۳۸/۹۱	۸/۳۸	۲۳	۶۰
خودکارآمدی	۶۹/۰۸	۷/۱۹	۵۲	۹۲
عملکرد	۷۰/۶۵	۸/۶۸	۵۰	۹۶/۶۷

به منظور تعیین ارتباط هریک از سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد مادران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که طبق نتایج، متغیرهای موانع درک شده و خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی دار و متغیر موانع همبستگی منفی و معنی داری را با عملکرد نشان دادند. همبستگی سایر سازه ها با عملکرد از نظر آماری معنی دار نبود (جدول ۲).

جدول ۲. همبستگی عملکرد مادران در خصوص پیش گیری از اختلال رشد کودکان و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	عملکرد	همبستگی پیرسون	p
حساسیت درک شده	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۸
شدت درک شده	-۰/۱۷	-۰/۱۷	۰/۸
منافع درک شده	۰/۱۵۶	۰/۲۷	۰/۰۲۷
موانع درک شده	-۰/۱۵۱	-۰/۳۲	۰/۰۳۲
راهنمای عمل داخلی	۰/۰۳۸	۰/۵۸	۰/۵۸
راهنمای عمل خارجی	۰/۰۳۰	۰/۶۷۲	۰/۶۷۲
خودکارآمدی	۰/۲۱۴	۰/۰۲	۰/۰۲

در این مطالعه ارتباط متغیرهای دموگرافیک با عملکرد و هریک از سازه ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۳ قابل مشاهده می باشد. از بین متغیرها فقط رتبه تولد کودک همبستگی مثبت ضعیف و معنی داری را با عملکرد نشان داد.

شده، راهنماهای عمل داخلی و خارجی و خودکارآمدی از طیف لیکرت استفاده می شود. از آنجایی که برای پیش گیری از القای جوابها، برخی از سوالات این قسمت ها در جهت عکس طراحی می شوند، از این رو امتیاز گذاری این سوالات نیز معکوس محاسبه می شود. در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه می گردد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز امتیاز دهی براین اساس صورت می گیرد که فرد تا چه حد رفتارهای پیش گیری کننده از اختلال رشد را در پیش می گیرد که همانند قسمت سوالات آگاهی از ۱۰۰ نمره محاسبه می شود. سوالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی نیز به صورت فراوانی محاسبه می شوند.

اطلاعات جمع آوری شده از پرسش نامه و چک لیست طرح پس از ورود به نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ با رسم جداول و با آزمون های آماری تی، کای مربع، همبستگی، آنووا و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این پژوهش، ۲۰۲ مادر دارای کودک یک تا پنج سال که دارای معیار ورود به مطالعه بودند مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی این افراد $28/76 \pm 5/28$ سال و میانگین سن کودکان آنان $26/49 \pm 14/74$ ماه بود. ۱۶۹ نفر از کودکان مورد بررسی (۸۳/۷ درصد) دارای رتبه تولد یک بودند. بیشترین میزان تحصیلات مادران (۷۶/۷ درصد) دیپلم بود. از نظر درآمد نیز ۱۵۵ نفر (۷۶/۷ درصد) از زنان در آمد خانوار خود را متوسط ذکر کردند. در این مطالعه، ۱۸۵ نفر (۹۱/۶ درصد) از والدین سیگاری بودند.

میانگین نمره عملکرد مادران و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیش گیری از اختلال رشد کودکان در جدول ۱ نشان داده شده است که در این بین عملکرد بیشترین (۷۰/۶۵) و راهنمای عمل خارجی کمترین (۳۸/۹۱) نمره را داشتند.

جدول ۳. ارتباط مشخصات دموگرافیک مادران با عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیش گیری از اختلال رشد کودکان

متغیر	حساسیت	شدت	منافع	موانع	خودکارآمدی	راهنمای عمل داخلی	راهنمای عمل خارجی	عملکرد
همبستگی	-۰/۰۷۶	-۰/۰۱۹	-۰/۰۳۷	-۰/۰۸۰	-۰/۰۸۰	-۰/۰۰۳	-۰/۰۱۷	-۰/۰۳۶
پیرسون و اسپیرمن P	۰/۱۴۱	۰/۳۹۴	۰/۳۰۱	۰/۱۳۰	۰/۱۲۸	۰/۴۸۳	۰/۴۰۵	۰/۶۰۸
سن مادر	۰/۰۰۶	-۰/۰۶۵	-۰/۰۷۵	-۰/۰۲۵	۰/۱۶۵	-۰/۰۴۴	-۰/۰۸۹	-۰/۰۴۲
رتبه تولد کودک	۰/۴۶۸	۰/۱۷۹	۰/۱۴۳	۰/۳۶۱	* ۰/۰۰۹	۰/۲۶۶	۰/۰۳۷	۰/۲۷۸
P	۰/۰۶۹	-۰/۰۴۲	۰/۰۳۰	۰/۰۴۶	۰/۰۹۰	۰/۰۲۵	۰/۰۶۴	۰/۱۴۰
بله	۶۹/۴۱±۸/۰۱	۶۷/۵۲±۸/۲۳	۶۴/۴۴±۴/۱۵	۵۱/۲۹±۹/۵۱	۶۷/۲۹±۶/۶۶	۶۲/۹۴±۱۴/۴۷	۳۹/۴۹±۹/۵۹	۶۸/۱۳±۱۰/۰۱
خیر والدین	۶۷/۱۸±۸/۲۹	۶۶/۳۳±۸/۳۳	۶۲/۷۳±۶/۹۱	۵۰/۳۳±۷/۵۱	۶۹/۲۵±۵/۲۳	۶۸/۵۴±۱۴/۳۷	۳۸/۸۵±۸/۲۸	۷۰/۸۸±۸/۵۴
T.Test	p=۰/۶۷۶	p=۰/۸۴۷	p=۰/۰۶۱	p=۰/۳۵۲	p=۰/۴۷۲	p=۰/۲۴۱	p=۰/۲۱۰	p=۰/۳۱۳
کم درآمد	۶۶/۸۴±۸/۲۶	۶۶/۷۳±۸/۸۲	۶۵/۹۶±۶/۹۹	۵۲/۲۱±۷/۷۷	۶۸/۸۴±۶/۷۸	۶۵/۲۶±۱۵/۰۲	۳۹/۶۹±۷/۵۶	۷۰/۳۹±۸/۰۲
متوسط	۶۷/۲۹±۸/۰۵	۶۶/۲۹±۸/۱۷	۶۳/۲۴±۶/۵۱	۵۰/۰۳±۷/۵۹	۶۹/۱۸±۷/۳۶	۶۸/۸۳±۱۳/۲۸	۳۸/۵۲±۸/۶۲	۷۰/۷۸±۹/۰۲
خوب	۷۱/۱۱±۷/۴۵	۶۷/۵۵±۹/۲۶	۶۴/۱۹±۸/۰۴	۴۹/۳۳±۷/۴۸	۶۸/۴۴±۶/۴۶	۶۶/۶۶±۱۰	۴۲/۲۲±۶/۹۶	۶۹/۴۴±۵/۴۶
ANOVA	p=۰/۳۶۸	p=۰/۸۸۱	p=۰/۰۸۰	p=۰/۲۷۰	p=۰/۹۳۰	p=۰/۳۲۹	p=۰/۳۵۷	p=۰/۸۸۶
تحصیلات ابتدایی	۶۵/۳۳±۷/۰۶	۶۲±۶/۵۹	۶۲/۸۸±۹/۳۷	۴۸/۸۰±۴/۵۴	۶۹/۲۰±۹/۰۵	۷۳±۱۰/۵۹	۳۹/۱۴±۷/۶۲	۷۱/۱۶±۹/۸۱
مادر راهنمایی دبیرستان دانشگاهی	۶۲/۶۱±۶/۶۸	۶۲±۸/۷۰	۶۲/۲۲±۶/۵۸	۵۰/۵۷±۸/۳۹	۷۰/۵۷±۷/۹۳	۷۱/۴۲±۱۴/۶۰	۴۱/۲۲±۹/۰۸	۷۱/۴۲±۹/۹۱
ANOVA	* p=۰/۰۲۶	* p=۰/۰۴۵	p=۰/۱۸۹	p=۰/۸۹۴	p=۰/۸۴۴	p=۰/۴۸۱	p=۰/۷۵۳	p=۰/۹۷۷

جدول ۴. تحلیل رگرسیون سازه های پیش گویی کننده عملکرد

مادران در پیش گیری از اختلال رشد کودکان

متغیر	متغیرهای پیش بین	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R ²)	ضریب تعیین تعدیل شده (R ²)
عملکرد مادران	خودکارآمدی و منافع درک شده	۰/۲۱۴	۰/۰۴۱	۰/۰۴۶
	خودکارآمدی، منافع درک شده و موانع درک شده	۰/۲۶۹	۰/۰۷۲	۰/۰۶۳
	خودکارآمدی، منافع درک شده و موانع درک شده	۰/۳۱۹	۰/۱۰۱	۰/۰۸۸

جدول ۵. برآورد ضرایب رگرسیون گام به گام برای متغیرهای پیش بین عملکرد مادران در پیش گیری از اختلال رشد کودکان

گام	متغیرهای پیش بین	ضریب غیر استاندارد (B)	ضریب استاندارد (Beta)	مقدار آزمون (t)	p
۱	مقدار ثابت	۵۲/۷۸۳	-	۹/۱۰۹	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۲۵۹	۰/۲۱۴	۳/۱۰۰	۰/۰۰۲
۲	مقدار ثابت	۳۸/۸۸۹	-	۴/۷۶۰	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۲۶۵	۰/۲۲۰	۳/۲۱۵	۰/۰۰۲
	منافع درک شده	۰/۲۱۱	۰/۱۶۳	۳/۳۸۵	۰/۰۱۸
۳	مقدار ثابت	۴۷/۱۶۶	-	۵/۴۲۳	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۲۷۷	۰/۲۲۹	۳/۳۹۹	۰/۰۰۱
	منافع درک شده	۰/۲۲۱	۰/۱۷۱	۲/۵۳۴	۰/۰۱۲
	موانع درک شده	-۰/۱۹۴	-۰/۱۷۱	-۲/۵۳۳	۰/۰۱۲

به منظور پیش گویی رفتار با استفاده از سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با کنترل اثر عوامل دموگرافیک مخدوش کننده از مدل چند متغیره رگرسیون خطی استفاده شد. در این تحلیل، متغیرهای دموگرافیک که حداقل در سطح ۰/۲ ارتباط معنی داری با عملکرد داشتند، به همراه سازه ها وارد مدل شدند. طبق نتایج مشخص شد که از بین این متغیرهای بررسی شده متغیرهای منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی به عنوان پیش گویی کننده رفتار تعیین شدند که این متغیرها در مجموع ۱۰ درصد ($R^2=۰/۱۰۱$) از تغییرات رفتار را پیش گویی نمودند (جدول ۴).

هم چنین ضرایب رگرسیونی پیش گیری از اختلال رشد کودکان در مادران با توجه به نمرات منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی مادران به تفکیک مراحل در جدول ۵ ارائه شده است.

بحث

این مطالعه عمدتاً به بررسی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیش گیری از اختلال رشد در کودکان می پردازد. با توجه به این که پژوهشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتارهای پیش گیری از اختلال رشد کودکان یک تا پنج سال یافت نشد، از این رو نتایج این پژوهش با سایر مطالعات مشابه مقایسه می گردد. طبق نتایج به دست آمده مشخص شد که میانگین سنی مادران ۲۸/۷۶ سال بود و بیشتر آن ها تحصیلات دبیرستانی (۷/۷۶ درصد) و وضعیت اقتصادی متوسط (۷/۷۶ درصد) داشتند و سازه های خود کار آمدی و منافع و موانع درک شده به عنوان مهم ترین پیش گویی کننده های رفتار مادران در پیش گیری از اختلال رشد بودند.

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 ابتلا به اختلال رشد می دیدند و با مطالعات مشابه مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی با عنوان بررسی علل اختلال رشد در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه (۱۳)، عوامل مرتبط با باورها و عملکرد مادران در زمینه پیش گیری از حوادث در کودکان (۱۴)، بررسی عملکرد رانندگان موتورسیکلت در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (۱۵)، رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت ادراری در کودکان (۱۶)، رفتارهای پیش گیری کننده از مصرف خودسرانه دارو (۱۷، ۱۸) و مشارکت مادران در برنامه های غربالگری کم کاری تیروئیدی نوزادان (۹) هم خوانی دارد. واضح است که 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 اختلال رشد در کودکان شود.

یافته های پژوهش حاضر در خصوص منافع درک شده ناشی از اقدام مناسب در پیش گیری از اختلال رشد کودکان نشان داد که وضعیت درک مادران از منافع اتخاذ عملکردهای صحیح در این زمینه بیشتر از حد متوسط بوده

است که با مطالعه هزاوه ای (۱۲)، پورالاجل (۱۳)، گیلادی (۱۸) نیک سادات (۱۷)، هاشمی پرست (۱۶) سلطانی (۱۴) و فتحی (۱۹) هم خوانی داشت. در قسمت منافع درک شده، بیشترین امتیاز با میانگین $۳/۵۱ \pm ۰/۷۹$ به سوال «با ندادن تنقلات (چیپس، پفک و غیره) به کودکم از اختلال رشد او پیش گیری می کنم» تعلق گرفت و کمترین امتیاز با میانگین $۱/۰۳ \pm ۱/۶۷$ به سوال «در صورت بیمار شدن کودکم با اضافه کردن روغن، شکر و آرد به غذا از اختلال رشد او جلوگیری می کنم» تعلق گرفت. به نظر می رسد آموزش مادران می تواند در ارتقاء سطح منافع درک شده موثر باشد. در پژوهش حاضر، موانع درک شده بیش از حد متوسط بود که با مطالعه هزاوه ای (۱۲) فتحی (۱۹) پورالاجل (۱۳) و سجادی (۲۰) هم خوان و با مطالعه باقیانی مقدم (۱۵) و گیلادی (۱۸) ناهمخوان می باشد. در قسمت موانع درک شده، بیشترین امتیاز با میانگین $۲/۵۹ \pm ۰/۷۸$ به سوال «من نمی توانم در مقابل درخواست کودکم جهت خرید تنقلات (چیپس و پفک و...) مقاومت کنم» تعلق گرفت و کمترین امتیاز با میانگین $۲/۴۳ \pm ۰/۷۹$ به سوال «تهیه غذای مناسب برای کودک هزینه زیادی دارد» تعلق گرفت. این موضوع گویای این مطلب است که با آموزش، تنقلات مفید را جایگزین تنقلات بی ارزش نماییم و مهارت «نه گفتن» را در مادران بالا ببریم. هم چنین این یافته ها نشان داد که هزینه، نقش کم رنگی در تهیه غذای کودک دارد. در بخش راهنمای عمل، اکثر افراد منابع دریافت اطلاعات خود را کارکنان مراکز بهداشتی درمانی عنوان نمودند که در مطالعه هزاوه ای نیز بیشترین منبع اطلاعاتی اخذ شده مراکز بهداشتی بوده است (۱۲) هم چنین در مطالعه شمسی و همکاران در زمینه سنجش سازه های اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیش گیری کننده از مصرف خودسرانه داروها در مادران باردار شهر اراک، بیشترین منبع اطلاعاتی پرسنل مرکز بهداشت گزارش شده است (۲۱). در بخش خودکارآمدی، میانگین نمره $۶۹/۰۸$ به دست آمد که بیش از حد متوسط بود و با مطالعه هزاوه ای (۱۲)، فتحی (۱۹) پورالاجل (۱۳)، نیک سادات (۱۷) و باقیانی مقدم (۱۵) هم خوانی داشت. در قسمت

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره مصوب ۱۱۹۲-۱۳۸۸ B می باشد. بدین وسیله از کلیه مادران شرکت کننده در این طرح و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح پایان نامه را مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده اند، تقدیر و تشکر می گردد.

منابع

1. Pelletier DL, Frongillo Jr EA, Schroeder DG, Habicht J-P. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 1995;73(4):443-4.
2. WHO. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. 1995.P. 121 -62.
3. Barak M AF, Mirzarahimi M. Knowledge of how to properly feed infants and infants of mothers in health centers Hire in 2005. *JAUMS*. 2005:26-9. [persian]
4. Wagstaff A, Watanabe N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. *World Bank Policy Research Working Paper*. 1999(2434).
5. Holakoei Naeini FA, Borhani M. Malnutrition in children 6 to 30 months of the factors affecting health care Hormozgan. *IJE*. 2005:27-32. [persian]
6. De Onis M, Blössner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. *Jama*. 2004;291(21):2600-6.
7. Behrman KR, Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics*. 16th ed. Philadelphia:WB Saunders. 2000.p.30-1.
8. Blanz K, Lewis F, Rimer B. *Health Behavior and Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1985.
9. Butler JT. *Principles of health education and health promotion*: Morton Publishing Company Englewood, CO; 1994.
10. Rimer BK, Glanz K. *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. 2005.
11. Mahbodi M. *Social and cultural factors in the interaction between the environment studied*

خود کارآمدی، بیشترین امتیاز با میانگین $3/49 \pm 0/78$ به سوال «مهارت تشخیص تغییرات منحنی رشد کودک خود را دارم» تعلق گرفت و کمترین امتیاز با میانگین $3/40 \pm 0/80$ به سوال «علی رغم هزینه زیاد غذاها، من غذاهای متنوع و مناسبی برای کودکم تهیه می کنم» تعلق گرفت. آموزش والدین عنصر اصلی این مداخلات بهداشتی است که به افزایش توانمندی افراد در زمینه رفتارهای بهداشتی کمک می کند. در این مطالعه عملکرد مادران بیش از حد متوسط بود که نشان دهنده اهمیت سلامت کودکان می باشد. بنابر این آموزش مادران جهت افزایش اطلاعات و استفاده صحیح از آن در رفتارهای پیش گیری کننده از اختلال رشد به منظور حفظ سلامت کودکان ضروری می باشد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، جمع آوری اطلاعات به صورت خود گزارش دهی می باشد که با توجه به محدودیت های مطالعات انسانی و عدم توانایی مشاهده مستقیم رفتارهای مادران، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد.

نتیجه گیری

در نهایت، نتایج این مطالعه نشان داد که خودکارآمدی، منافع درک شده و موانع درک شده مهم ترین سازه های پیش بینی کننده مدل اعتقاد بهداشتی هستند که می توان از آن ها برای طراحی برنامه های آموزشی استفاده کرد؛ یعنی هر چه میانگین نمره این سازه ها بیشتر شود، باعث افزایش نمره عملکرد مادران در خصوص پیش گیری از اختلال رشد کودکان می شود. در واقع برنامه آموزشی باید به منظور بهبود عملکرد مادران بر این سازه ها تاکید کند. با توجه به این نتایج می توان عملکرد مادران را در مراقبت از کودک خود بهبود بخشید، یعنی با تاکید بر این سازه ها می توان برنامه های آموزشی مناسبی را طراحی و اجرا نمود.

with arak. Geographical Research. 2004; 36: 1-2.[persian]

12. 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. Scientific Journal of Hamadan nursing & Midwifery Faculty. 2013;21(3):68-76.[Persian]

13. 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.[Persian]

14. Soltani R, Sharifirad G. Use of helmets by motorcycle drivers based on Health Belief Model. Health System Research. 2012; 8(4): 688-94.[Persian]

15. Baghiani MM, Shojaezadeh 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(38):78-88.[Persian]

16. 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.[Persian]

17. Niksadat N, Solhi M, Shojaezadeh 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. [Persian]

18. Gilasi HR, Babae MA, Gharghani G, 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 and Metabolism. 2013; 15(3):285-91.[Persian]

19. Fathi Shykhi M, Shamsi M, Khorsandi M, Ranjbaran M. The Measurement of Health Belief Model (HBM) Constructs in the Prevention of Accidents and Injuries in Children in Khorramabad, 2014. Arak University of Medical Sciences Journal. 2015; 18(1): 69-77.[persian]

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 M, Tajik R, Mohammadbegee 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]