

The Effect of Education on Preventive Behaviors of Failure to Thrive in Mothers with Children Aged One to Five Years: Applied Health Belief Model

Mahtab Navabi¹, Mahboobeh Khorsandi^{2*}, Nasrin Rouzbahani³, Mehdi Ranjbaran⁴

1. MSc, Department of Health Education and Promotion, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

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

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

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

Received: 22 Aug 2016, Accepted: 27 Feb 2017

Abstract

Background: One of the common and important health problems is failure to thrive in childhood. The purpose of this study was to determine the effect of education on preventive behaviors of failure to thrive in mothers with children based on health belief model.

Materials and Methods: This study is an interventional one in which 100 mothers with children one to five years involved (samples divided into two case and control groups, each of 50) sampling was done by a simple random method. For collecting information, a researcher-made questionnaire based on the health belief model and performance check list were used. Then, case group was trained for one month. 3 months after training, data were gathered and analyzed by Spss20 software. In addition to descriptive statistics, tests such as Chi-square, paired t-test and independent T-test were used.

Results: The mean age of case and control was 29.98 ± 5.51 and 25.35 ± 5.30 years old, respectively. The average age of children was 23.31 ± 13.14 and 27.55 ± 14.01 months, respectively. Before the intervention, no significant difference was seen between groups. The average score in case group before intervention was as: knowledge (31.87 ± 14.24), perceived susceptibility (64.23 ± 5.86), perceived severity (64.41 ± 9.34), perceived benefits (61.75 ± 6.79), perceived barriers (67.91 ± 8.14), self-efficacy (68.00 ± 7.87), cues to action (44.53 ± 6.82) and action (70.00 ± 9.77). However, after the intervention, significant differences between groups in all variables were observed.

Conclusion: According to the results, education based on health belief model is recommended for promoting preventive behaviors of failure to thrive.

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

*Corresponding Author:

Address: Department of Health Education and Promotion, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

بررسی تأثیر آموزش بر رفتارهای پیش‌گیری کننده از اختلال رشد کودکان در مادران دارای کودک یک تا پنج سال: بر اساس کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

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

۱. کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۴. مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال رشد یکی از مشکلات شایع و مهم بهداشتی در دوران کودکی می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر رفتارهای پیش‌گیری کننده از اختلال رشد کودکان در مادران بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مداخله‌ای است که در آن ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک یک تا پنج سال شرکت داشته‌اند (نمونه‌ها به دو گروه مورد و شاهد، هر کدام ۵۰ نفر، تقسیم شدند). نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام گرفت. روش گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد بود. سپس آموزش برای گروه مورد در طی یک ماه انجام شد و ۳ ماه پس از آموزش، اطلاعات گردآوری گردید و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. علاوه بر آزمون‌های آمار توصیفی از آزمون مجذور کای، آزمون تی زوجی و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی مورد و شاهد به ترتیب $29/98 \pm 5/51$ و $28/35 \pm 5/30$ سال بود. میانگین سن کودکان به ترتیب $23/31 \pm 13/14$ و $27/55 \pm 14/01$ ماه بود. قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نبود و میانگین نمره شاخص‌ها در گروه مورد قبل از مداخله بدین صورت بود: آگاهی، $31/87 \pm 14/24$ ؛ حساسیت، $64/23 \pm 5/86$ ؛ شدت، $64/41 \pm 9/34$ ؛ منافع، $61/75 \pm 6/79$ ؛ موانع، $67/91 \pm 8/14$ ؛ خود کارآمدی، $68/00 \pm 7/87$ ؛ راهنمای عمل، $44/53 \pm 6/82$ و عملکرد، $70/00 \pm 9/77$. پس از آموزش، اختلاف معنی‌داری در همه متغیرهای ذکر شده بین دو گروه ایجاد شد.

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج، آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی جهت ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری کننده از اختلال رشد توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: مادران، کودکان، اختلال رشد، مدل اعتقاد بهداشتی.

*نویسنده مسئول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

Email: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

مقدمه

کودکان امروز منابع انسانی ارزشمندی برای آینده هستند و روش پرورش دادن امروز آن‌ها کیفیت منابع انسانی آینده ما را تأمین خواهد کرد (۱). اختلال رشد یکی از مشکلات شایع و مهم بهداشتی در دوران کودکی است و به معنای رشد ناکافی فیزیکی و وزن‌گیری ناکافی است که با بررسی رشد کودک در طول زمان با استفاده از منحنی‌های استاندارد رشد تشخیص داده می‌شود (۲). اختلال رشد معمولاً روند کندی دارد به طوری که با مشاهده برای مادر قابل تشخیص نیست و گاهی کارکنان بهداشتی هم در تشخیص با مشکل مواجه می‌شوند (۳). هرگونه غفلت از کودکان تأثیرات سوء و غیر قابل جبرانی را از نظر ارتقای رشد و تکامل، یادگیری و سلامت حال و آینده کودک به جا می‌گذارد (۴). علل مختلفی باعث ایجاد اختلال رشد می‌شوند و این علل یک طیف از عوامل بیولوژیکی، اجتماعی و محیطی را شامل می‌شود (۵). مسئله اختلال رشد کودکان آن چنان مهم است که سازمان بهداشت جهانی برای حل آن در سال ۱۹۹۰ تصمیم گرفت تا سال ۲۰۱۵ کشورهای عضو موظف باشند ۵۰ درصد از حجم این مشکل بهداشتی بکاهند (۶). سن شایع اختلال رشد ۵-۱ سالگی است و اغلب کودکانی که این مشکل را دارند زیر ۵ سال هستند (۷). در مطالعه‌ی مریدی و همکاران شیوع کم‌وزنی و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال ایرانی به ترتیب ۷/۶ و ۱۳/۱ درصد برآورده شده است (۸).

متخصصان معتقدند که اثربخشی برنامه‌های تغییر رفتار و آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده از نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت دارد (۹). در آموزش بهداشت، مدل‌هایی طراحی شده که هدف از کاربرد آن‌ها کمک عملی به طراحی برنامه‌های تأثیرگذار آموزشی می‌باشد، به طوری که بتواند رفتارهایی را که برای جامعه مشکلاتی را به بار می‌آورند، تغییر دهد (۱۰). از کاربردی‌ترین مدل‌های آموزش بهداشت در زمینه پیش‌گیری، مدل اعتقاد بهداشتی است (۱۱). مدل اعتقاد بهداشتی در دهه ۱۹۵۰ توسط گروهی از روان‌شناسان اجتماعی پایه‌گذاری شد. این مدل به طور ویژه جهت طراحی برنامه‌هایی برای پیش‌گیری از بیماری و تغییر

رفتار در کوتاه مدت مفید است (۱۲). بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، اتخاذ رفتار بهداشتی بستگی به این دارد که افراد مشکل و مسأله خاص بهداشتی را باور کنند، واقعیت آن را بپذیرند نسبت به تأثیر آن بر سلامت حساس بوده و احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، مشکل مورد نظر را به عنوان یک مشکل جدی در سلامت‌شان مورد توجه قرار دهند و عوارض مختلف آن را در ابعاد مختلف سلامت جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده)، سپس با راهنماهایی که از محیط خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل) متقاعد شده باشند که فعالیت‌های پیش‌گیری در عین حال که بسیار مفید و قابل اجرا هستند، از نظر اقتصادی برای آنان مقرون به صرفه می‌باشد (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم‌هزینه تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده). در نتیجه فراهم شدن چنین شرایطی اقدامات پیش‌گیرانه بهداشتی را سریعاً انجام خواهند داد (۱۳). مطالعه مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه پیش‌گیری از اختلال رشد کودکان یک تا پنج سال پیش از این انجام نشده بود ولی اثر بخشی این مدل تاکنون در مورد مسائلی نظیر بررسی علل اختلال رشد کودکان ۱۲-۶ ماهه (۱۴)، اتخاذ رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از حوادث در کودکان (۱۵)، پیش‌گیری از ایدز (۱۶) مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۷). انتخاب روش زایمان (۱۸) بیماران مبتلا به آرتروز صدری ناپایدار (۱۹) و بهداشت دهان و دندان کودکان (۲۰) بررسی شده است. پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش بهداشت مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد کودکان در مادران دارای کودک یک تا پنج سال انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی می‌باشد. نمونه‌های پژوهش را تعداد ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک یک تا پنج سال (۵۰ نفر به عنوان گروه مورد و ۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شازند، تشکیل داد. با توجه به این که شهر شازند

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 خود گزارش دهی بود.

این پرسش‌نامه محقق ساخته مشتمل بر قسمت‌های زیر می‌باشد:

قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک است.

قسمت دوم شامل سوالات مربوط به سنجش آگاهیست 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 (۵ سوال) که با استفاده از مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت طراحی شدند.

قسمت چهارم راهنماهای عمل که در قالب سوال‌هایی راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در خصوص ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد کودکان در مادران سنجیدند (جمعا ۳ سوال).

قسمت پنجم سوالات خودکارآمدی 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 می‌سنجد (۱۲ سوال).

امتیازگذاری پرسش‌نامه حاضر بدین صورت می‌باشد که: در قسمت حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، راهنماهای عمل داخلی و خارجی و خودکارآمدی از طیف لیکرت استفاده شد. از آنجایی سوالات بخش موانع درک شده معکوس طراحی شده بود لذا امتیازگذاری بخش موانع نیز معکوس محاسبه شد در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. در قسمت چک لیست عملکرد نیز بر اساس این که فرد تا چه حد رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از اختلال رشد را در پیش می‌گیرد، امتیاز داده شد و از ۱۰۰ نمره همانند قسمت سوالات آگاهی محاسبه

دارای دو مرکز بهداشتی درمانی شهری می‌باشد، تخصیص نمونه‌ها به این ترتیب بود که یکی از مراکز به طور تصادفی به عنوان گروه آزمون و دیگری به عنوان گروه شاهد انتخاب شد. نمونه‌گیری در هر مرکز نیز به صورت تصادفی ساده صورت پذیرفت. حجم نمونه بر اساس تحقیق انجام یافته مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در مورد علل اختلال رشد در شهر همدان (۱۴) محاسبه و تعداد نمونه ۹۰ نفر تعیین شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۱۰۰ نفر وارد پژوهش شدند. معیار ورود به مطالعه شامل مادران دارای کودک یک تا پنج سال که کودکشان اختلال رشد طبق نمودار رشد کودک (ثبت شده در پرونده خانوار) ندارد، تحت پوشش پایگاه بهداشتی باشند، هم‌چنین تمایل به شرکت در طرح را داشته باشند و حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشند و معیار خروج از مطالعه شامل مادرانی که کودکشان دچار بیماری‌های خاص شوند، غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی، عدم حضور مددجو در جلسه تکمیل پرسش‌نامه و نقل مکان مددجو و عدم امکان دسترسی به وی بوده است. قبل از ورود افراد به مطالعه هدف و نحوه اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت داشتن تمایل و اخذ رضایت نامه کتبی، افراد وارد مطالعه می‌شدند.

این پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی به شماره (20141126200N1) ثبت شده است مجوزهای لازم از مراجع مربوطه کسب شده است و هم‌چنین کد اخلاق پژوهش به شماره ۱۲-۱۶۸-۹۳ از دانشگاه علوم پزشکی اراک دریافت شد. در این بررسی، داده‌ها به روش خود گزارش‌دهی و با استفاده از پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته جمع‌آوری شد. سنجش‌روایی (Validity) این پرسش‌نامه با شیوه‌روایی 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، تغذیه، بهداشت خانواده و بهداشت مادر و کودک بررسی گردید و نهایتاً روایی آن تایید شد. پایایی (Reliability) پرسش‌نامه مذکور نیز از طریق هم‌سانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) بر روی ۳۰ نفر از مادران که از لحاظ مشخصات دموگرافیک

صورت گرفت. سوالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی نیز به صورت فراوانی محاسبه گردید. قبل از انجام مداخله آموزشی، اطلاعات در هر دو گروه مورد و شاهد از طریق پرسش‌نامه مذکور جمع‌آوری و سپس مداخله آموزشی برای گروه مورد در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی انتخاب و اجرا شد. در پایان جلسات آموزشی نیز مطالب به صورت بوکلت آموزشی، پمفلت در اختیار مادران مورد مطالعه گذاشته شد. بعد از مداخله آموزشی، افراد به مدت ۳ ماه مورد پی‌گیری قرار گرفتند. سپس ۲ جلسه پی‌گیری به مدت ۱ و ۲ ماه بعد از مداخله جهت مرور مطالب برگزار شد و در نهایت پس از پایان ۳ ماه، اطلاعات مجدداً از هر دو گروه جمع‌آوری گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ علاوه بر آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون معذور کای، در هر یک از گروه‌ها از آزمون تی زوجی و

برای مقایسه در بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلاف‌ها ۰/۰۵. در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مورد و شاهد به ترتیب ۲۹/۹۸±۵/۵۱ و ۲۸/۳۵±۵/۳۰ سال بود. اختلاف دو گروه از نظر سطح درآمد، سطح تحصیلات و سن مادران، سن کودک معنی‌دار نبود (جدول ۱، ۲). قبل از مداخله اختلاف میانگین دو گروه از نظر آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و عملکرد به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بعد از مداخله بین دو گروه در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۳) اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه تجربی قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد. در حالی که در گروه شاهد هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری دیده نشد (جدول ۳)

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک کمی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله	کنترل	P
سن مادر (سال)	میانگین	۲۹/۹۸	۲۸/۳۵	/۱۴۱
	انحراف معیار	۵/۵۱	۵/۳۰	
سن کودک (ماه)	میانگین	۲۳/۳۱	۲۷/۵۵	/۱۲۸
	انحراف معیار	۱۳/۱۴	۱۴/۰۱	
رتبه تولد کودک	میانگین	۱/۳۱	۱/۱۸	/۲۷۶
	انحراف معیار	۰/۶۵	۰/۴۸	
تعداد فرزند	میانگین	۱/۳۳	۱/۱۸	/۲۰۹
	انحراف معیار	۰/۶۶	۰/۴۸	
تعداد افراد خانوار	میانگین	۳/۳۳	۳/۱۸	/۲۰۹
	انحراف معیار	۰/۶۶	۰/۴۸	
وزن زمان تولد کودک (گرم)	میانگین	۳۱۴۴/۷۹	۳۲۱۸/۹۸	/۳۷۶
	انحراف معیار	۴۰۹/۷۴	۴۱۲/۳۹	
وزن کودک در زمان پژوهش (گرم)	میانگین	۱۱۶۷۰/۸۳	۱۲۱۷۲/۴۴	/۳۰۶
	انحراف معیار	۲۳۹۹/۳۷	۲۴۰۲/۰۱	

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک کیفی در دو گروه مداخله و کنترل

P	کنترل		مداخله		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر	
۰/۶۶۴	۶۵/۳	۳۲	۷۰/۸	۳۴	پسر	جنسیت کودکان
	۳۴/۷	۱۷	۲۹/۲	۱۴	دختر	
۰/۳۰۵	۸۱/۶	۴۰	۷۲/۹	۳۵	شخصی	محل سکونت
	۱۸/۴	۹	۲۷/۱	۱۳	اجاره ای	
۰/۲۶۸	۲	۱	۶/۳	۳	ابتدایی	تحصیلات مادر
	۶/۱	۳	۸/۳	۴	راهنمایی	
	۸۱/۶	۴۰	۶۴/۶	۳۱	دیپلم	
	۱۰/۲	۵	۲۰/۸	۱۰	دانشگاهی	
۰/۵۷۶	۸۱/۶	۴۰	۸۷/۵	۴۲	خانه دار	شغل مادر
	۱۸/۴	۹	۱۲/۵	۶	کارمند	
		۰	۰	۰	کارگر	
۱/۰۰	۶/۱	۳	۶/۲	۳	بلی	والدین سیگاری
	۹۳/۹	۴۶	۹۳/۸	۴۵	خیر	
۰/۳۱۸	۱۴/۳	۷	۲۵	۱۲	کم	سطح درآمد
	۸۳/۷	۴۱	۷۰/۸	۳۴	متوسط	
	۲	۱	۴/۲	۲	خوب	
۰/۶۱۰	۴/۱	۲	۸/۳	۴	کمتر از ۶ ماهگی	سن کودک در زمان شروع تغذیه تکمیلی
	۸۹/۸	۴۴	۸۳/۴	۴۰	پایان ۶ ماهگی	
	۶/۱	۳	۸/۳	۴	بیشتر از ۶ ماهگی	

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، اجزای مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد در خصوص پیش‌گیری از اختلال رشد کودکان قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه

متغیر	زمان گروه	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	P*	تغییرات نمره قبل و بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین
آگاهی	گروه مداخله	۳۱/۸۷±۱۴/۲۴	۹۳/۵۴±۷/۸۵	<۰/۰۰۱	۶۱/۶۶±۱۵/۷۵
	گروه شاهد	۲۶/۷۳±۱۱/۴۳	۲۴/۰۸±۱۰/۵۹	۰/۰۶۰	-۲/۶۵±۴/۹۰
	P-value**	۰/۰۵۳	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	گروه مداخله	۶۴/۲۳±۵/۸۶	۸۹/۴۴±۴/۵۷	<۰/۰۰۱	۲۵/۲۰±۵/۹۵
	گروه شاهد	۶۶/۷۳±۸/۷۲	۶۴/۸۲±۷/۵۴	۰/۰۶۲	-۱/۹۰±۶/۹۷
	P-value**	۰/۱۰۲	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
شدت درک شده	گروه مداخله	۶۴/۴۱±۹/۳۴	۸۶/۶۶±۵/۵۵	<۰/۰۰۱	۲۲/۲۵±۱۰/۳۳
	گروه شاهد	۶۶/۶۱±۷/۵۹	۶۶/۴۴±۷/۶۵	۰/۴۸۵	-۱/۱۶±۱/۶۲
	P-value**	۰/۲۰۷	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
منافع درک شده	گروه مداخله	۶۱/۷۵±۶/۷۹	۸۷/۷۳±۴/۵۳	<۰/۰۰۱	۲۵/۹۷±۷/۸۷
	گروه شاهد	۶۴/۲۶±۶/۱۳	۶۴/۶۷±۶/۴۶	۰/۰۱۹	۰/۴۰±۱/۱۷
	P-value**	۰/۰۶۰	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
موانع درک شده	گروه مداخله	۶۷/۹۱±۸/۱۴	۳۳/۷۵±۶/۵۹	<۰/۰۰۱	۳۴/۱۶±۹/۷۲
	گروه شاهد	۶۹/۷۱±۷/۷۴	۶۹/۶۳±۸/۱۲	۰/۹۰۳	۰/۰۸±۴/۶۵
	P-value**	۰/۲۶۸	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
خود کارآمدی	گروه مداخله	۶۸/۰۰±۷/۸۷	۹۴/۹۱±۶/۱۰	<۰/۰۰۱	۲۶/۹۱±۱۰/۱۳
	گروه شاهد	۷۰/۹۳±۷/۲۰	۷۰/۷۷±۷/۸۴	۰/۶۹۹	-۱/۱۶±۲/۹۳
	P-value**	۰/۰۵۸	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
راهنمای عمل	گروه مداخله	۴۴/۵۳±۶/۸۲	۵۷/۸۷±۵/۳۰	<۰/۰۰۱	۱۳/۳۳±۷/۳۶
	گروه شاهد	۴۵/۵۳±۷/۲۴	۴۵/۸۹±۷/۳۰	۰/۳۳۷	۰/۳۶±۲/۶۱
	P-value**	۰/۴۸۸	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱
عملکرد	گروه مداخله	۷۰/۰۰±۹/۷۷	۹۳/۴۷±۴/۶۲	<۰/۰۰۱	۲۳/۴۷±۱۰/۸۰
	گروه شاهد	۶۸/۷۰±۷/۱۹	۶۸/۵۳±۶/۹۱	۰/۳۴۱	-۱/۱۷±۱/۲۳
	P-value**	۰/۴۵۹	<۰/۰۰۱	--	<۰/۰۰۱

* آزمون تی وابسته

** آزمون تی مستقل

بحث

شاهد قبل از مداخله آموزشی کمتر از حد متوسط بود و اختلاف معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). وجود اختلاف معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره‌های آگاهی دو گروه را می‌توان به علت تشکیل کلاس‌های آموزشی در خصوص پیش‌گیری از اختلال رشد دانست. این کلاس‌ها توانسته تا

پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری کننده از اختلال رشد کودکان در مادران دارای کودک یک تا پنج سال انجام شد. میزان آگاهی افراد در هر دو گروه مورد و

حدود زیادی باعث ارتقای میزان آگاهی گروه مورد (۶۱/۶۶) در خصوص پیش‌گیری از اختلال رشد شود. این یافته‌ها با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در پژوهش‌های در زمینه بررسی علل اختلال رشد (۱۴) مراقبت از پای دیابتی (۱۷) و تغذیه بیماران دیابتی (۲۱) و بهداشت دهان و دندان (۲۰) هم‌خوانی دارد. همچنین مطالعات دیگر به تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء آگاهی اشاره کرده‌اند (۲۲، ۲۳) که تمامی این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج تحقیق در زمینه سنجش تأثیر آموزش تئوری محور بر میزان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در پیش‌گیری از اختلال رشد مبین تغییر معناداری در امتیاز سازه‌های مدل در مادران گروه مداخله تحت آموزش بود. وضعیت میانگین نمره حساسیت درک شده مادران قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه در شرایط یکسان و در حد متوسط بود که هم‌خوان با سایر مطالعات می‌باشد (۱۴، ۱۷ و ۲۴) وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه بعد از مداخله آموزشی در این زمینه، می‌تواند شاهد خوبی از تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای حساسیت درک شده مادران در گروه تجربی باشد، به طوری که اکثر مادران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی این اعتقاد را داشتند که ممکن است کودکان آن‌ها هم در معرض اختلال رشد قرار داشته باشند که این یافته هم‌خوان با پژوهش‌های مرتبط با افزایش حساسیت درک شده در زمینه عدم سیگار کشیدن در دانش‌آموزان، پیش‌گیری از پوکی استخوان و مراقبت از رژیم غذایی و مراقبت از پا در بیماران دیابتی می‌باشد (۱۷، ۲۱، ۲۵ و ۲۶) از لحاظ شدت درک شده افزایش ۲۲ نمره به میانگین نمره شدت درک شده گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی حاکی از اختلاف معنی‌دار در شدت درک شده بین دو گروه بود. این افزایش شدت درک شده در سایر مطالعات مشابه نیز وجود داشته است (۱۷، ۲۱، ۲۵ و ۲۶) قبل از مداخله آموزشی وضعیت درک افراد از منافع پیش‌گیری از اختلال رشد در هر دو گروه در حد متوسط بود که این مقدار بعد از مداخله آموزشی در گروه تجربی به مراتب افزایش بیشتری پیدا

کرد (۲۶ نمره) که با مطالعه (۱۴، ۲۶) هم‌خوانی داشت. وضعیت درک مادران از موانع موجود جهت پیش‌گیری از اختلال رشد در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت تقریباً یکسانی قرار داشت اما وجود اختلاف معنی‌دار در موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده در خصوص پیش‌گیری از اختلال رشد در گروه تجربی بوده است در مطالعه شریفی‌راد نیز با کاهش موانع درک شده، نوجوانان کم‌تر اقدام به سیگار کشیدن کرده بودند (۲۶) و در مطالعه جولی کوچ نیز با رفع موانع درک شده بیماران دیابتی بیش‌تر اقدام به پیاده روی نموده بودند (۲۷) خود کارآمدی مادران در زمینه پیش‌گیری از اختلال رشد در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت تقریباً یکسانی قرار داشت اما وجود اختلاف معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خود کارآمدی مادران بود در مطالعه هزاوه‌ای نیز این موضوع مصداق دارد (۱۴) تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که خود کارآمدی درک شده بالایی دارند تعهد بیش‌تری به انجام فعالیت‌ها در زمان چالش و مشکلات داشته و وقت و تلاش بیش‌تری را صرف انجام فعالیت‌ها می‌کنند (۲۸) راهنمای عمل مادران در زمینه پیش‌گیری از اختلال رشد در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت تقریباً یکسانی قرار داشت اما وجود اختلاف معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر انتخاب صحیح راهنمای عمل مادران بود در مطالعه هزاوه‌ای (۱۴) نیز این موضوع مصداق دارد. قبل از مداخله آموزشی بین میانگین نمره عملکرد در زمینه پیش‌گیری از اختلال رشد در دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده نشد؛ بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی‌داری افزایش پیدا کرد که این امر را می‌توان به تأثیر مثبت آموزش نسبت داد که با سایر مطالعات دیگر (۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۴ و ۲۷) هم‌خوان می‌باشد.

7. Behrman RE KR, Jenson HB Jenson HB Nelson textbook of pediatrics. 16th ed Philadelphia: WB Saunders. 2000:30.
8. Moridi G FM. Review status of malnourished children under five years in Iran. Iranian journal. 2010.
9. Rimer BK GK. Theory at a glance. a guide for health promotion practice. 2005.
10. N M. Schedul of Health Education. Tehran: Mehrvash Publications. 2005:277.
11. D S. Study of behavioral models in health education. Tehran: Assistance of Ministry of Health. 2000:29-30.
12. Sharma M RJ. Theoretical foundations of health education and health promotion. Sudbury MA: Jones and Bartlett. 2008:70-80.
13. Graf J EJ, Miles E. Translation of Relationship in order to being health and changing behavior. Ministry of Health & Medical Sciences. 2001:24.
14. Hazavehi MT, B. Moeini, G. Roshanaei. Investigating causes of the infants' growth disorder (6-12 months) in Hamadan health centers based on Health Belief Model. Sientific Journal of Hamadan nursing & Midwifery Faculty. 2013. ersian.
15. Fathi Sheikhi M SM, 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 Medical University Journal. 2015:69-77. persian.
16. Iriyama S NS, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. Public Health. 2007:64-72.
17. Sharifirad GhR HS, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2006:231-9.
18. Rahimikian F MM, Mehran A, Aboozari K, Salmaani Barough N. Effect of Education Designed based on Health Belief Model on Choosing Delivery Mode. Hayat, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2008-2009:25-32.

نتیجه‌گیری

نتایج بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر آگاهی، عملکرد و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. لذا با انجام این بررسی، تأثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی بر کاهش اختلال رشد کودکان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ شهر شازند (گروه مورد) در مقایسه با روش‌های سنتی آموزش در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ (گروه شاهد) تأیید شد. در کل نتایج حاصل از مطالعه ما نشان‌گر تأثیر مداخله آموزشی تئوری محور بود و میزان آیت‌های نگرشی و رفتار و آگاهی قبل و سه ماه پس از مداخله تفاوت معنی‌داری داشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره مصوب ۱۱۹۲-۱۳۸۸ B می‌باشد. 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 داده‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. Shanti G. Nutrition and child: apractical guide, Gaypee brothers Medical Publishens. New Delhi, India. 2004:25-40.
2. Pelletier DL FEJ, Schroeder DG, Habicht J-P. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Bull WHO. 1995:443.
3. committee RoWe. physical status: The use and interpretation of A Thropometry. WHO. 1995:121-262.
4. Barak M AF, Mirzarahimi M. Knowledge of how to properly feed infants and infants of mothers in health centers Hire in 1380. JAUMS. 2005:26 – 9. persian.
5. Wagastaff A WN. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. Washington DC: World Bank 2000.
6. De Onise M BM, Moris R. Estimates of global prevalence of children underweight. 2004:600-6.

24. Baghiani Moghadam M SD, 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. *Tolooe Behdasht*. 2013:78-88. persian.
25. M S. The survey of educational program based on health belief model on preventive osteoporosis. School of Public Health, Isfahan University of Medical Science 2005.
26. Sharifi-rad GhR HM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2007:79-86.
27. J K. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. *J Am Acad Nurse Pract* 2002:126-9.
28. A B. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*. 2001:21-6.
19. Shidfar MR HM, Shojaeizadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2007:18-27.
20. Solhi M SZD, Seraj B, Faghih Zadeh S. The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. *Iranian J Publ Health*. 2010:114-9.
21. A K. The effect of educational diet on nutrition type2 diabetes based on Health Belief Model Faculty of Public Health, Isfahan University of Medical Science 2006.
22. Krishnan P DF, Murphy E. The impact of educational interventions on primary health care workers' knowledge of occupational exposure to blood or body fluids. *Occupational Medicine*. 2007:98-113.
23. Shamsi M TA, Beigi M. Effect of education based on Health Belief Model on selfmedication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)*. 2009:44-53. persian.