Volume 22, Issue 5 (September- October 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Factors related to the belief and performance of mothers in preventing injuries among children under 5 years of age: application of the health belief model

Mitra Jaras[1*], Ali Askari Moslehabadi[2], Mohsen Shamsi[3], Azam Moslemi[4]

1. Department of Nursing, Shazand School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. Associate Professor of Health Education and Promotion, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
4. Department of Biostatistics, School of Medicine, Arak University of Medical Science, Arak, Iran

Received: 19 March 2023
Accepted for publication: 27 June 2023
[EPub a head of print-24 July 2023]
Payesh: 2023; 22(5): 535- 546

Abstract

Objective(s): Injuries among children are one of the problems of childhood worldwide. The present study aimed to assess the factors related to the belief and performance of mothers in preventing injuries among children under five years of age using the health belief model (HBM).

Methods: This was a descriptive study that conducted on 201 mothers with children under 5 years of age who were randomly selected from health centers in Arak, Iran in 2022-2023. Data was collected through a four-part questionnaire consisting of demographic information, items on knowledge, questions related to constructs of the HBM, and a questionnaire on previous injury records. Data were analyzed by using t-test, ANOVA, chi-square, Pearson correlation and linear regression.

Results: The mean age of the mothers was 33.84±7.24 years and it was 48.23±16.48 months for children. The mean knowledge score of mothers was 40.06±14.74 (out of 100 marks). Also, the mean score for perceived benefits (80.08±12.24) and perceived barrier (64.41±17.13) had the highest and lowest scores respectively (out of 100 scores). There was a significant relationship between education and perceived sensitivity score (p=0.002) and perceived severity (p=0.012). Child's age, susceptibility, and perceived benefits predicted a total of 38% (R^2=0.38) of mothers' preventive behavior.

Conclusion: The health behavior of mothers in preventing childhood injuries was significantly influenced by the mother's understanding of the child's vulnerability and the benefits of taking timely and effective action to reduce possible risks.

Keywords: Health belief model, Accidents, Damage, Prevention, Child, Mothers

[*] Corresponding author: Shazand School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
E-mail: mjaras@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

سال بیست و دوم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

عوامل مرتبط با باور و عملکرد مادران در پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان زیر ۵ سال: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

میترا جرس[۱*]، علی عسکری مصلح آبادی[۲]، محسن شمسی[۳]، اعظم مسلمی[۴]

۱.گروه پرستاری، دانشکده پرستاری شازند، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲ مرداد ۱۴۰۲]

نشریه پایش: ۵۴۶- ۵۳۵ :(۵)۲۲؛ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: آسیب های ناشی از حوادث یکی از مشکلات دوران کودکی، در سراسر جهان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با باور و عملکرد مادران در پیشگیری از آسیب های ناشی از حوادث در کودکان زیر پنج سال با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۲۰۱ نفر از مادران دارای فرزند زیر ۵ سال که به صورت تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انتخاب شدند اجرا شد. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه چهار قسمتی متشکل از اطلاعات دموگرافیک، سوالات آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و پرسشنامه سوابق آسیب قبلی صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های تی تست، آنوا، کای اسکوئر ، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی مادران مورد مطالعه (۷/۲۴) ۳۳/۸۴ سال و میانگین سنی کودکان آنها (۱۶/۴۸) ۴۸/۲۳ ماه بود. در این مطالعه آگاهی مادران (۱۴/۷۴) ۴۰/۰۶ (از ۱۰۰ نمره) بود. همچنین سازه منافع درک شده (۱۲/۲۴) ۸۰/۰۸ و موانع درک شده (۱۷/۱۳)۶۴/۴۱ به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را (از ۱۰۰ نمره) داشتند. ارتباط معنی داری میان تحصیلات با نمره حساسیت درک شده (p=۰/۰۰۲) و شدت درک شده (p=۰/۰۱۲) وجود داشت. سن کودک، حساسیت و منافع درک شده مجموعا ۳۸٪ (R^2 =۰/۳۸) رفتار پیشگیرانه مادران را پیش بینی می کردند.

نتیجه گیری: رفتار بهداشتی مادران در پیشگیری از آسیب های دوران کودکی به طور قابل توجهی تحت تاثیر میزان درک مادر از آسیب پذیری کودک و فواید حاصل از اقدام به موقع و موثر برای کاهش خطرات احتمالی می باشد. پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی با تاکید بر ایجاد حساسیت درک شده و ارتقای منافع درک شده انجام پذیرد.

کلیدواژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، حوادث، آسیب، پیشگیری، کودک، مادران

کد اخلاق: IR.ARAKMU.REC.1399.288

* نویسنده پاسخگو: اراک، شازند، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری شازند

E-mail: mjaras@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

مقدمه

آسیب های ناشی از حوادث، یک مساله مهم بهداشتی در سراسر جهان است و عمدتا گروه های جمعیتی جوان به ویژه کودکان را تحت تاثیر خود قرار می دهد[۱]. وقوع آن در سنین بین ۱ تا ۵ سال بیش از هر رده سنی دیگری است. آمارهای موجود نشان می دهد روزانه حدود ۲۰۰۰ کودک جان خود را به دلیل صدمات غیر عمد از دست می دهند و سالانه ده ها میلیون کودک به دنبال آن نیاز به مراقبت های بیمارستانی دارند[۲]. برآورد مرگ کودکان در ایالات متحده نیز مرگ کودکان در اثر آسیب های غیر عمد را بیشتر از مجموع مرگ های ناشی از بیماری های دوران کودکی نشان می دهد[۳]. علاوه بر قربانیان، کودکانی که از این حوادث جان سالم به در میبرند ممکن است با نوعی ناتوانی موقت یا دائمی مواجه شوند[۵-۴].

از جمله دلایل وقوع حوادث می تواند بر گرفته از این تصور باشد که والدین آنها معتقدند کودکانشان (بر طبق روال گذشته) و با افزایش سن از خطرات اجتناب می کنند [۶]. این درحالی است که کودکان در این رده سنی به دنبال کنجکاوی خود، ممکن است رفتار غیر قابل پیش بینی داشته باشد و این امر، آنها را در برابر صدمات آسیب پذیر می کند[۷]. والدین کودکان و به طورعمده مادران، مسئول اصلی فراهم کردن محیطی امن برای کودکان و پیشگیری از آسیب های احتمالی در خانه هستند[۸]. اگرچه وقوع آسیب های جزئی حین تلاش کودکان در یادگیری و تجربه محیط پیرامون خود اجتناب ناپذیر است اما می توان با فراهم آوردن محیطی امن و کاهش مخاطرات محیطی از بسیاری از آسیب های شدید یا غیر قابل جبران پیشگیری کرد[۷]. با این حال تمامی خطرات محیطی نیز از طریق ایجاد تغییر در محیط قابل کنترل نیستند[۸]؛ چرا که صدمات غیر عمد در سنین کودکی حاصل مجموعه ای از عوامل مختلف و پیچیده ای مانند محیط زندگی، رفتار والدین و کودکانشان هستند[۵]. بر این اساس توجه به رویکردهای تغییر رفتار با استفاده از نظریه ها و مدل های بهداشت رفتاری می تواند موثر واقع شود[۹].

مدل اعتقاد بهداشتی به طور گسترده قادر به توضیح و پیش بینی فرایندهای مرتبط با سلامتی است[۱]. این مدل برای اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط تیمی از روانشناسان بخش بهداشت عمومی در ایالات متحده معرفی شد، و متشکل از شش بخش شامل، شدت درک شده، حساسیت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارامدی و راهنماهای عمل است. بر اساس مفروضات این مدل، مادرانی که کودک خود را در معرض خطر آسیب(حساسیت درک شده) می دانند و پیامدهای آسیب را جدی(شدت درک شده) قلمداد می کنند و به امکان پیشگیری از آسیب و مفید بودن اقدامات پیشگیرانه (مزایای درک شده) در مقایسه با موانع و هزینه های آن(موانع درک شده) معتقدند؛ به احتمال زیاد عملکرد آنها به رفتارهای مرتبط با پیشگیری از آسیب منتهی می شود[۱۰].

داده های مرتبط با آسیب در سراسر جهان، عوامل اجتماعی و اقتصادی را با آسیب های غیر عمد کودکی مرتبط می دانند که این خود منجر به تفاوت راهبردهای پیشگیری از کشوری به کشور دیگر خواهد شد[۱۱]. از سویی توزیع نابرابر میزان مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه وجود دارد، به طوری که بیش از ۸۰٪ مرگ و میرهای مرتبط با آسیب و حدود ۹۵٪ آسیب های کودکان، در کشورهای با درآمد کم یا متوسط رخ می دهد[۲]. با این وجود بیشتر مطالعات قبلی در کشورهای توسعه یافته انجام شده است[۱۲]. حدود ۲۵٪ از جمعیت ایران را کودکان زیر ۷ سال تشکیل می دهند. بررسی مطالعه انجام شده در ایران بالاتر بودن آسیب در گروه سنی ۱ تا ۵ سال را نشان می دهد[۱۳]. سازمان پزشکی قانونی ایران، دومین عامل مرگ و میر کودکان ایرانی را، مرگ در اثر آسیب ها گزارش می کند. [۱۴]. با این وجود، اکثر آسیب های کودکان قابل پیش بینی، قابل پیش گیری و اجتناب پذیر هستند لذا شناسایی عوامل موثر بر رخداد آن جهت انجام اقدامات پیشگیرانه مفید است[۱۵]. با توجه به اهمیت سلامت کودکان، مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با باور و عملکرد مادران شهر اراک در پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان زیر ۵ سال: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی انجام پذیرفته است.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در مراکز بهداشتی منتخب شهر اراک انجام شد. بدین منظور بعد از کسب مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک و اخذ کد اخلاق در پژوهش، مطالعه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از داشتن پرونده بهداشتی در مراکز سلامت و مادران با حداقل یک فرزند زیر ۵ سال) و امضای فرم رضایت آگاهانه. معیار خروج از مطالعه نیز شامل کامل پاسخ ندادن به سوالات پرسشنامه و عدم رضایت بود. حداقل حجم نمونه لازم براساس مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

مشابه[۱۵] تعداد ۱۹۴ نمونه بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید که جهت افزایش دقت مطالعه تعداد نمونه ها افزایش یافت و در نهایت بعد از حذف پرسشنامه های ناقص تعداد ۲۰۱ نفر به عنوان حجم نمونه نهایی در مطالعه شرکت نمودند.

$$n \geq \left[\frac{\left(z_{1-\alpha/2}+z_{1-\beta}\right)}{0.5\times\ln\left[(1+r)/(1-r)\right]}\right]^2+3$$

که در آن:

$r=0.23$

$\alpha=0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2}=1.96$

$\beta=0.10 \Rightarrow z_{1-\beta}=1.28$

نمونه گیری به صورت طبقه ای انجام شد. جهت نمونه گیری ابتدا شهر اراک بر اساس مطالعات مشابه قبلی[۱۶] به چهار منطقه که از لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی مشابه بودند تقسیم بندی شد. سپس در هر منطقه دو مرکز بهداشتی به صورت تصادفی و مجموعا ۸ مرکز انتخاب شد. نمونه گیری در این ۸ مرکز به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی و بر اساس شماره پرونده بهداشتی هر خانوار انجام شد. سپس با شماره تلفن ثبت شده در پرونده بهداشتی، افراد شرکت کننده در مطالعه به مرکز بهداشتی فراخوانده شدند. پس از توضیح کامل در مورد اهداف پژوهش، کسب رضایت از آنها، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات ارائه شده توسط آنها و رفع هر گونه ابهام شرکت کنندگان وارد مطالعه شدند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه استاندارد برگرفته از مطالعه پورالعجل و همکاران[۱۵] می باشد که متشکل از ۴ بخش بود؛ بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان(۱۱ سوال) بود. بخش دوم سوالات "آگاهی" در مورد پیشگیری از آسیب(۱۵ سوال)، بخش سوم سوالات در مورد ابعاد مختلف مدل اعتقاد بهداشتی شامل(موانع درک شده ۵ سوال)، (منافع درک شده ۵ سوال)، (حساسیت درک شده ۵ سوال)، (شدت درک شده ۵ سوال)، (خودکارآمدی۴ سوال)، (راهنمای عمل ۴ سوال) ، در نهایت بخش چهارم پرسشنامه متشکل از سوالاتی در رعایت رفتارهای پیشگیری کننده(۲۰ سوال) از سوانح و حوادث در کودکان بود. در این مطالعه همچنین از پرسشنامه ای در ارتباط با سوابق آسیب در بین کودکان زیر ۵ سال(۱۴ سوال) استفاده شد. این آسیب ها شامل سه سطح : ۱- آسیب خفیف: زمانی که آسیب در حدی است که تنها نیاز به درمان خانگی دارد (در طی یک ماه گذشته) ۲- آسیب متوسط: آسیبی که در طی سه ماه گذشته به درمان سرپایی یا بستری شدن کمتر از ۲۴ ساعت نیاز داشته است ۳- آسیب شدید: آسیبی که در طی یک سال گذشته بیش از ۲۴ ساعت نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته است [۱۷،۱۵].

سوالات بخش "آگاهی" به صورت چهارگزینه ای و سوالات مربوط به سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، لیکرت ۶ گزینه ای(از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») بود. سوالات بخش "عملکرد" (۱۱ سوال) در قالب دو گزینه به صورت بله و خیر بودند. امتیاز گذاری پرسشنامه بدین شکل بود که به سوالات صحیح بخش آگاهی و عملکرد نمره ۱ و پاسخ های غلط نمره صفر تعلق گرفت. تعداد جواب های صحیح هر فرد بر تعداد کل سوالات تقسیم و در عدد ۱۰۰ ضرب شد بدین ترتیب امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. برای به دست آوردن الگوی ثابت برای نمره دهی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بین افراد مشارکت کننده در مطالعه نمره ۳۳٫۳٪ و کمتر در حد ضعیف، نمره بین ۳۳٫۳٪ تا ۶۶٫۶٪ مقدار متوسط و نمره بالاتر از ۶۶٫۶٪ مطلوب گزارش شد. و در سازه های مدل اعتقاد بهداشتی نمرات بر اساس طیف لیکرت به پاسخ های (خیلی موافقم، موافقم، تا حدودی موافقم، تا حدودی مخالفم، مخالفم و کاملا مخالفم) به ترتیب از نمره ۶ تا ۱ اختصاص داده شد. با توجه به اینکه سوالات بخش موانع درک شده به صورت معکوس طراحی شده بود؛ امتیازدهی این بخش معکوس در نظر گرفته شد و در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس نمره۱۰۰ محاسبه شد. روایی و پایایی کل پرسشنامه به ترتیب ۰،۸۴ و ۰،۷۹ بود. همچنین روایی هر سازه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر اساس مطالعه ی پورالعجلو همکاران[۱۵]. به شرح مقابل بود: موانع درک شده(۰،۶۳)، منافع درک شده(۰،۸۱)، حساسیت درک شده (۰،۷۲)، شدت درک شده (۰،۷۱)، خودکارآمدی(۰،۷۷) و راهنمای عمل(۰،۷۳)بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ به کار رفت. کلیه داده‌های به دست آمده، با استفاده از شاخص های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار به صورت جداول و نمودارهای آماری گزارش شدند. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرها، از آزمون های پارامتری مانند تحلیل واریانس، t_مستقل و همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه با کد اخلاق در پژوهش: IR.ARAKMU.REC.1399.288دانشگاه علوم پزشکی اراک به ثبت رسیده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

یافته‌ها

از ۲۱۰ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۲۰۱ پرسشنامه به پژوهش نهایی وارد شدند. میانگین سنی مادران شرکت کننده در پژوهش ۷/۲۴ ±۳۳/۸۴ و میانگین سنی همسرانشان ۵/۳۱ ±۳۷/۳۸ بود. میانگین سن کودکان ۱۶/۸ ±۲۳/۸۷ ماه بود. ۱۷۹ مادر (۸۹/۱٪) خانه دار، ۱۶ نفر (۸٪) کارمند شاغل بودند سایر مشخصات دموگرافیک مادران در جدول یک ارایه شده است (جدول ۱).

در این مطالعه از نظر شدت آسیب های وارد بر کودک بیشتر موارد (۷۲٪) شدت خفیف گزارش شد. توزیع فراوانی آسیبهای کودکان بر حسب نوع و شدت آسیب در جدول ۳ ارایه شده است.

نمره "آگاهی" با میانگین و انحراف معیار ۱۴/۷۴ ±۴۰/۰۶ کمترین مقدار و سازه "راهنمای عمل" با نمره ۱۱/۰۴ ±۸۰/۳۲ بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده بودند. نمرات سایر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از سوانح توسط مادران در جدول۲ نشان داده شده است.

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، سن کودک با نمره سازه "شدت درک شده" (p=۰/۰۳۹)، "راهنمای عمل" (p=۰,۰۰۴)، "خود کارآمدی" (p=۰/۰۰۱) و "عملکرد" (p=۰/۰۴۲) رابطه معکوس (منفی) و معنی داری داشت. همچنین بین سن والدین و نمره "آگاهی" (p=۰/۰۰۱) ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد به طوری که با افزایش سن پدر و مادر، نمره سازه آگاهی کاهش می یابد. براساس آزمون همبستگی پیرسن، تعداد فرزندان با نمره "موانع درک شده" ارتباط معکوس و معنادار دارد و با افزایش تعداد فرزندان، نمره "موانع درک شده" (p=۰/۰۲۷) کاهش می یابد (جدول۴). براساس ضریب همبستگی پیرسن، بین متغیر "عملکرد" و متغیرهای دیگر پیشگیری از سوانح ارتباط معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵). براساس آزمون ANOVA، میانگین نمره حساسیت و شدت درک شده با تحصیلات مادر رابطه معنی داری وجود دارد به طوری که بیشترین نمره حساسیت برای مادران با تحصیلات دانشگاهی و کمترین میزان در گروه با تحصیلات کمتر از دیپلم بود. نتایج بررسی ها همچنین حاکی از تفاوت معنی دار بین نمره "شدت درک شده" و تحصیلات مادر وجود دارد. بیشترین میانگین نمره شدت درک شده برای مادران با تحصیلات کمتر از دیپلم و کمترین در گروه تحصیلات دانشگاهی است. براساس آزمون ANOVA، موانع درک شده بین سه گروه شغل مادر تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۵) بیشترین میانگین نمره موانع درک شده برای مادران کارمند و کمترین نمره در گروه سایر است. براساس آزمون ANOVA، حساسیت بین شدت حادثه تفاوت معناداری دارد (p=۰/۰۰۱) . بیشترین میانگین نمره حساسیت در گروه آسیب خفیف و کمترین در گروه آسیب شدید است. براساس آزمون t مستقل، بین عملکرد پیشگیری از سوانح بین دو جنس (p=۰/۲۷۰) و تعداد فرزندان زیر پنج سال (p=۰/۴۳۱) تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول۵). در این مطالعه سن کودک (R^2=۰/۴۳۳)، حساسیت درک شده (R^2=۰/۳۷۶)و منافع درک شده (R^2 =۰/۲۰۷) مجموعا ۳۸٪ (R^2 =۰/۳۸) رفتار پیشگیرانه مادران را پیش بینی کردند.

جدول۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه های مورد مطالعه

مشخصات دموگرافیک		تعداد	درصد
شغل مادر	خانه دار	۱۷۹	۸۹/۱
	کارمند شاغل دولتی	۱۶	۸
	شاغل غیر دولتی	۶	۳
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۲۹	۱۴/۴
	دیپلم	۹۱	۴۵/۳
	دانشگاه	۸۱	۴۰/۳
تعداد کودکان	۱	۱۲۹	۶۴/۱
	۲	۵۴	۲۶/۹
	۳	۱۶	۸
	۴	۱	۰/۵
	۵	۱	۰/۵
تعداد کودکان زیر ۵	۱	۱۹۷	۹۸
سال	۲	۴	۲
جنسیت کودکان زیر ۵	دختر	۹۴	۴۶/۸
سال	پسر	۱۰۷	۵۳/۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار مادران در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث کودکان

سازه های مدل	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۴۰/۰۶	۱۴/۷۴
حساسیت درک شده	۶۸/۳۵	۱۳/۳۷
شدت درک شده	۶۹/۴۵	۱۲/۶۷
منافع درک شده	۸۰/۰۸	۱۲/۲۴
موانع درک شده	۶۴/۴۱	۱۷/۱۳
راهنمای عمل	۸۰/۳۲	۱۱/۰۴
خودکارامدی	۷۷/۰۷	۱۲/۷۹
عملکرد	۷۲/۸۳	۱۲/۱۲

جدول ۳: توزیع فراوانی آسیبهای کودکان (بر حسب نوع و شدت آسیب) در کودکان زیر ۵ سال شهر اراک

متغییر	فراوانی	تعداد	درصد
چگونگی	سوختگی	۵	۱۲/۷
آسیب	کشیدگی	۱	۴/۳
	بریدگی	۴	۱۷/۴
	ضرب دیدگی	۳	۱۳
	شکستگی	۳	۱۳
	سایر	۷	۳۰/۴
عضو	سر و صورت	۴	۱۷/۴
	دست پا	۱۸	۷۸/۳
	اندام داخلی	۱	۴/۳
پیامد	بهبود کامل	۱۹	۸۲/۶
	بهبود موقت	۲	۸/۷
	آسیب دایم	۲	۸/۷
نوع آسیب	سوختگی	۵	۲۱/۷
	سقوط	۱۰	۴۳/۵
	سایر	۸	۳۴/۸
شدت آسیب	خفیف	۳۱	۷۲/۰۹
	متوسط	۱	۲/۳۲
	شدید	۱۱	۲۵/۵۸

جدول ۴: ضریب همبستگی رفتار پیشگیری مادران با مشخصات دموگرافیک نمونه ها و سازه های مدل اعتقاد بهدشتی در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث کودکان

متغیر	عملکرد	سن پدر	سن مادر	سن کودک	تعداد کودکان
آگاهی					
ضریب همبستگی	۰/۱۱۴	-۰/۲۵۱	-۰/۲۷۲	-۰/۰۱۱	-۰/۰۸
P value	۰/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۰/۲۲۴
حساسیت درک شده					
ضریب همبستگی	-۰/۱۳۶	-۰/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۰۶
P value	۰/۰۵	۰/۲۶۲	۰/۱۹۰	۰/۱۷۷	۰/۳۳۰
شدت درک شده					
ضریب همبستگی	-۰/۰۶	-۰/۰۶	۰/۰۲	-۰/۱۴	۰/۱۰
P value	۰/۳۶۱	۰/۳۵۰	۰/۷۰۹	۰/۰۳۹	۰/۱۳۹
منافع درک شده					
ضریب همبستگی	۰/۰۲۵	-۰/۰۰۶	۰/۰۱۳	-۰/۱۱۶	۰/۱۳۴
P value	۰/۷۲۱	۰/۹۳۷	۰/۸۴۹	۰/۱۰۲	۰/۰۵
موانع درک شده					
ضریب همبستگی	-۰/۰۰۴	-۰/۰۴۴	-۰/۰۱۹	۰/۰۵۳	-۰/۱۵۶
P value	۰/۹۵۱	۰/۵۳۷	۰/۷۸۹	۰/۴۵۳	۰/۰۲۷
راهنماهای عمل					
ضریب همبستگی	۰/۰۵۷	-۰/۱۱۷	-۰/۰۱۴	-۰/۲۰۴	۰/۰۳۲
P value	۰/۴۲۲	۰/۰۹۹	۰/۸۴۰	۰,۰۰۴	۰/۶۴۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

خودکارامدی					
ضریب همبستگی	۰/۰۳۲	-۰/۰۱۴	-۰/۰۲۹	-۰/۳۳۱	۰/۰۴۸
P value	۰/۶۵۴	۰/۸۴۲	۰/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
عملکرد					
ضریب همبستگی	۱	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۳	-۰/۰۱۴۴	-۰/۱۲۵
P value	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۹۶۵	۰/۰۴۲	۰/۰۷۸

جدول۵: مقایسه مشخصات دموگرافیک مادران بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتارهای پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان

متغیرها	عملکرد میانگین ±انحراف معیار	خودکارامدی میانگین ±انحراف معیار	راهنمای عمل میانگین ±انحراف معیار	موانع درک شده میانگین ±انحراف معیار	منافع درک شده میانگین ±انحراف معیار	شدت درک شده میانگین ±انحراف معیار	حساسیت درک شده میانگین ±انحراف معیار	آگاهی میانگین ±انحراف معیار
جنس								
کودک								
پسر	۷۱/۹۶ ±۱۱	۷۸/۱۵ ±۱۲	۷۹/۷۸ ±۱۱/۴۴	۶۶/۰۷ ±۱۶/۹	۷۹/۵۹ ±۱۳/۴۰	۶۷/۸۵ ±۱۲/۹	۶۸/۷۵ ±۱۲/۸	۴۱/۰۵ ±۱۵/۲
دختر	۷۳/۸۲ ±۱۳/۲	۷۵/۸۴ ±۱۳/۵	۸۰/۹۳ ±۱۰/۵۹	۶۲/۵۱ ±۱۷/۱	۸۰/۶۳ ±۱۰/۸۳	۷۱/۲۷ ±۱۲/۱	۶۷/۹۰ ±۱۴/۰۱	۳۸/۹۳ ±۱۴/۱۷
P value	۰/۲۷۰	۰/۲۰۰	۰/۴۶۱	۰/۱۴۵	۰/۵۴۲	۰/۰۵۱	۰/۶۰۵	۰/۳۱۱
تحصیلات								
مادر								
کمتر از دیپلم	۷۱/۲۰ ±۱۳/۴	۸۰/۸۹ ±۱۲/۸	۸۱/۷۵ ±۹/۶۰	۶۱/۱۴ ±۱۹/۶	۸۳/۷۹ ±۱۲/۶۵	۷۵/۶۳ ±۱۰/۳	۶۲/۵۲ ±۱۵/۰۳	۳۹/۰۸ ±۱۳/۷
دیپلم	۷۱/۷۰ ±۱۳	۷۶/۴۱ ±۱۳/۳۳	۸۰/۳۱ ±۱۱/۸۸	۶۱/۸۶ ±۱۷/۵	۷۹/۱۹ ±۱۱/۰۳	۶۸/۷۱ ±۱۳/۲۹	۶۸/۴۲ ±۱۴/۰۹	۳۹/۶۳ ±۱۴/۸۸
دانشگاهی	۷۴/۶۹ ±۱۰/۳۱	۷۶/۴۴ ±۱۲/۰۴	۷۹/۸۳ ±۱۰/۶۱	۶۸/۴۳ ±۱۴/۹۱	۷۹/۷۵ ±۱۳/۲۶	۶۸/۰۶ ±۱۲/۲۰	۷۰/۳۷ ±۱۱/۳۱	۴۰/۹۰ ±۱۵/۰۴
P value	۰/۲۲۰	۰/۲۲	۰/۷۲	۰/۲۰	۰/۲۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰۲	۰/۷۹
شغل مادر								
خانه دار	۷۲/۹۰ ±۱۲/۵۵	۷۷/۶۵ ±۱۲/۹	۸۰/۶۵ ±۱۱/۰۲	۶۳/۵۱ ±۱۷/۴۴	۸۰/۲۷ ±۱۲/۳۷	۶۹/۱۶ ±۱۲/۹۷	۶۸/۱۰ ±۱۳/۴۷	۳۹/۶۶ ±۱۴/۸۷
شاغل اداری	۷۱/۵۶± ۸/۵۰	۷۰/۰۵ ±۱۰	۷۷/۶۰± ۱۲/۵۳	۷۵ ±۱۲/۵	۷۸/۳۳ ±۱۲/۵۹	۷۳/۹۵ ±۱۰/۱۲	۶۷/۹۱ ±۱۳/۱۰	۴۳/۷۵ ±۱۵/۵
شغل آزاد	۷۴/۱۶ ±۶/۶۴	۷۸/۴۷ ±۹/۶۵	۷۷/۷ ±۶/۲۷	۶۲/۷۷ ±۶/۱۱	۷۸/۸ ±۷/۷۹	۶۶/۲ ±۶/۱۳	۷۷/۲۲ ±۸/۷۹	۴۲/۲۲ ±۵/۴۴
P value	۰/۸۸	۰/۰۷	۰/۴۸	۰/۰۰۳	۰/۸۰	۰/۲۸	۰/۲۵	۰/۵۳
تعدادکودکان زیر ۵ سال								
۱	۷۲/۷۴ ±۱۲/۱۷	۷۷ ±۱۲/۸	۸۰/۲۰ ±۱۱/۰۹	۶۲/۲۹ ±۱۷/۰۹	۸۰ ±۱۲/۲۴	۶۹/۴۰ ±۱۲/۷	۶۸/۱۸ ±۱۳/۳	۳۹/۸۹ ±۱۴/۶
۲ فرزند و بیشتر	۷۷/۵۰ ±۸/۶۶	۸۰/۲۰ ±۶/۲۵	۸۶/۴۵ ±۵/۲۴	۷۰± ۲۰/۵	۸۴/۱۶ ±۱۳/۴۳	۷۱/۶۶ ±۵/۷۷	۷۶/۶۶ ±۱۲/۷	۴۸/۳۳ ±۱۷/۵
P value	۰/۴۳۱	۰/۶۲	۰/۲۶	۰/۵۱	۰/۵۰	۰/۷۲	۰/۲۱	۰/۲۸
شدت حادثه								
بدون حادثه	۷۳/۰۸ ±۱۲/۲	۷۷/۷۹ ±۱۳/۲۷	۸۰/۵۱ ±۱۰/۵۴	۶۴/۷۳ ±۱۷/۷۵	۷۹/۸۶ ±۱۲/۰۲	۶۹/۳۲ ±۱۲/۴۵	۶۷/۸۴ ±۱۳/۵۴	۴۰/۱۱ ±۱۴/۶۴
حادثه خفیف	۷۱/۳۶ ±۱۲/۹۲	۷۲/۳۴ ±۱۰	۸۰/۴۹ ±۱۲/۸۱	۶۳/۷۸ ±۱۴/۶۶	۸۳/۰۳ ±۱۲/۵۵	۶۷/۸۷ ±۱۴/۵۶	۷۵/۱۵ ±۱۰/۶۷	۴۰/۶۰ ±۱۵/۷۹
حادثه شدید	۷۲/۸۳ ±۱۲/۱۲	۷۵/۶۹ ±۸/۴۸	۷۷/۴۳ ±۱۴/۷۰	۶۱/۱۱ ±۱۲/۳۳	۷۷/۷ ±۱۴/۸۶	۷۴/۱۶ ±۱۱/۹۰	۶۳/۰۵ ±۱۱/۶۷	۳۸/۳ ± ۱۵/۳۴
P value	۰/۸۰	۰/۱۶	۰/۶۴	۰/۷۶	۰/۴۱	۰/۳۶	**۰/۰۱**	۰/۹۰

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه متغیرهای سن کودک، سازه های حساسیت و منافع درک شده به عنوان موثرترین عوامل تاثیر گذار بر رفتار مادران در خصوص پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان آنها بود. در این مطالعه از نظر شدت آسیب های وارده بر کودک بیشتر موارد ۷۲٪ موارد دارای شدت خفیف بودند که این نتیجه نباید منجر به عدم جدی گرفتن این موضوع توسط گروه مادران گردد. بنابراین ارتقای حساسیت درک شده مادران نسبت به آسیب پذیری کودکان آنها و شدت آسیب ها باید هدف برنامه های آموزشی مراکز بهداشتی درمانی باشد. در مطالعه وکیلی و همکاران[۱۸] نیز تعداد ۷۸٪ از کودکان زیر ۶ سال در آزادشهر یزد دچار سانحه شده بودند که این آمار نیز نشان از شیوع سوانح به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

عنوان یک آسیب تهدید کننده سلامت کودکان می باشد. صدمات شایع در این مطالعه به ترتیب فراوانی شامل سقوط و سوختگی در کودکان بودند. یافته های مطالعه Kamal در مصر آسیبهای سوختگی، سقوط و بریدگی را اشکال رایج آسیب های خانگی در کودکان گزارش داد[۳]. در مطالعه دیگری در عربستان نیز سقوط شایع ترین آسیب خانگی در کودکان گزارش شد[۵]. همان طور که از یافته های مطالعات مختلف در کشورهای مختلف به دست می آید، سقوط و سوختگی مهم ترین حوادث خانگی در کودکان هستند که لزوم توجه ویژه والدین و به خصوص مادران به این دو آسیب شایع را نشان می دهد.

در این مطالعه نمره آگاهی مادران ۴۰ از ۱۰۰ مشاهده شد که نشان دهنده نیاز مادران به آموزش و اطلاع از روشهای پیشگیری از سوانح برای کودکان خود دارد. در مطالعه میمنت آبادی نمره آگاهی مادران شهرستان قروه در زمینه آسیب های ناشی از حوادث در کودکان به میزان ۸/۲ نمره از ۱۵ نمره گزارش شد [۱۹]. در بررسی مشخصات دموگرافیک مادران شهرستان قروه در مطالعه یاد شده مشخص شد که همانند مطالعه حاضر، اکثریت مادران دارای سطح تحصیلات متوسطه و دانشگاهی بودند که با نمونه مطالعه حاضر مشابهت داشتند. در نتیجه بدون در نظر داشتن سطح تحصیلات آموزش و افزایش سطح آگاهی مادران در این خصوص اهمیت دارد. با این وجود بررسی ها نشان می دهد صرفا افزایش آگاهی مادران نمی تواند در تغییر رفتار مادران موثر باشد چنانکه در مطالعه مریدی و همکاران در زمینه تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از حوادث کودکان زیر پنج سال نتایج نشان داد اگرچه این آموزش ها در افزایش آگاهی مادران موثر بود اما محققان این مطالعه اعلام کردند افزایش آگاهی به تنهایی قادر به تغییر عملکرد نیست، آموزش مادران منجر به افزایش تهدید درک شده (شدت و حساسیت درک شده) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود از این رو محققین افزایش آگاهی را (به تنهایی) عامل موثر در تغییر عملکرد قلمداد نکردند[۲۰].

در مطالعه حاضر میزان آگاهی در مادران با تحصیلات بالاتر به میزان کمی بیشتر از سایر مادران مادران با تحصیلات دیپلم بود که تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. با این وجود شواهد به دست آمده از مطالعه Kamal در مصر همبستگی مثبت و معنی داری میان آگاهی والدین و تحصیلات در آسیب های خانگی نشان داد بطوریکه مادران با تحصیلات بالاتر آگاهی بیشتری در مورد آسیب های خانگی کودکان خود داشتند [۳]. نتایج مطالعه ای مشابه در عربستان نیز موید این یافته می باشد[۵].

در این مطالعه سن کودک با سازه های "شدت درک شده"، "خود کارآمدی" و "عملکرد" مادران رابطه معکوس (منفی) و معنی داری داشت که این نتایج نشان می دهد با افزایش سن کودک نگرش مادر نسبت به بروز حادثه وخیم در کودک کمتر می شود در حالی که با افزایش سن تحرک، فعالیت و کنجکاوی کودک نیز بیشتر شده و از این رو بیشتر ممکن است دچار سوانح گردد. لذا آموزش مادران در زمینه رفتارهای پیشگیری از سوانح با افزایش سن کودک باید به صورت منظم در برنامه مراقبت کودکان توسط مراکز بهداشتی ارایه گردد. در حال حاضر مراجعه کودکان به مراکز بهداشتی جهت دریافت آموزش و مراقبتهای بهداشتی در طی دو سال اول زندگی با تعداد بیشتر و فواصل زمانی کمتر انجام می پذیرد و بعد از دو سالگی نیز تعداد مراجعات کمتر و فواصل زمانی بین آنها بیشتر می گردد [۲۱] که این عامل می تواند بر میزان توجه و نگرش مادران در خصوص رفتارهای پیشگیری از سوانح در کودکان سنین بالاتر تاثیر گذرا باشد. همچنین می توان گفت که با افزایش سن کودکان که خود منجر به افزایش آگاهی نسبت به محیط اطراف و تغییرات رفتاری در آنها می شود، میزان وقوع حوادث و سوانح در این کودکان نیز به نسبت کاهش می یابد و این ممکن است دلیلی بر اطمینان خاطر کاذب مادران در خصوص کاهش نگرش آنان نسبت به سوانح و حوادث در کودکان سنین بالاتر باشد. این در حالی است که در مطالعه نقاب و همکاران بیشترین گزارش وقوع حوادث خانگی در شهرستان شیراز در گروه سنی زیر ۵ سال بود [۲۲]. در مطالعه ای در ایرلند شمالی نیز بیشترین حوادث از نوع حوادث خانگی و بیشترین شیوع در گروه سنی زیر ۱۵ سال گزارش شده بود [۲۳] که نشان می دهد این مشکل در سایر نقاط دنیا نیز به عنوان یک فاکتور تهدید کننده سلامت کودکان حضور دارد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر نمره حساسیت و شدت درک شده با تحصیلات مادر رابطه معنی داری داشت به طوری که بیشترین نمره حساسیت برای مادران با تحصیلات دانشگاهی و کمترین میزان در مادران با تحصیلات کمتر از دیپلم بود. این امر نشان دهنده نقش مثبت تحصیلات مادران در زمینه مراقبت از کودکان خود می باشد که در مطالعه میمنت آبادی نیز اشاره گردیده است[۱۹]. لذا تاکید بر افزایش سطح تحصیلات مادران در مراقبت کودکان نیز می تواند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

موثر باشد. جهت افزایش حساسیت درک شده مادران ارایه آمار و ارقام و بیان شیوع حوادث در گروه سنی کودکان زیر ۵ سال از طریق برنامه های آموزشی می تواند در میزان درک مادران از آسیب پذیر بودن کودکان آنها موثر باشد. همچنین جهت بالا بردن شدت درک شده نیز می توان به نمایش عکس های کودکان آسیب دیده با طیفی از شدت عوارض ایجاد شده در کودک در حین برنامه های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی برای مادران اقدام نمود. 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.

در مطالعه حاضر، موانع درک شده از دیدگاه مادران شاغل بیشتر گزارش شد که این امر نیز به دلیل کاهش وقت، مشغله های کاری و عدم گذراندن وقت بیشتر با کودک به دلیل شاغل بودن و در نهایت افزایش موانع درک شده از دیدگاه مادران شاغل بود. در مطالعه وکیلی و همکاران شیوع حوادث در کودکان مادران شاغل کمتر گزارش شده بود [۱۸] که در مطالعه حاضر نیز میزان رفتار مراقبتی مادران شاغل و خانه دار یا یکدیگر تفاوت معنی داری نداشت. در این مطالعه بین رفتار پیشگیری از سوانح توسط مادران بر حسب جنسیت کودکان (دختر و پسر) و تعداد فرزندان اختلافی مشاهده نشد که نشان دهنده توجه مادران به حفظ سلامت کودکان بدون توجه به جنسیت و تعداد فرزندان خود می باشد. همچنین در مطالعه ما شدت حادثه در دو جنس کودکان دختر و پسر تفاوت معنی داری نداشت. در مطالعه ای در شهر خوزستان نیز تفاوت معنی داری بین جنسیت کودک و آسیب گزارش نشد[۲۴]. یافته های مطالعه ای بر روی کودکان زیر ۵ سال مناطق روستایی مصر نیز این یافته را تایید می کند[۳] با این وجود در مطالعات مختلف در شهرهای شیراز [۲۲]، قزوین [۲۵] و آزادشهر یزد [۱۸] بروز حادثه در پسران بیشتر از دختران گزارش شده بود که این یافته در سایر مطالعات خارج از ایران نیز اشاره شده است[۱،۴،۲۶،۲۷] علت این امر می تواند به دلیل تحرک بیشتر، رفتارهای هیجان انگیز و پرجنب و جوش، مواجهه بیشتر با محیط پرمخاطره و ماجراجویی پسران و احتیاط کمتر آنها در مقایسه با دختران در محدوده سنی دوران کودکی باشد.

در این مطالعه سازه خودکارآمدی ۷۷ (از ۱۰۰) مشاهده شد که با توجه به مهم بودن این سازه که در مطالعه پورالعجل و همکاران [۱۵] و فتحی شیخی و همکاران[۱۷] نیز به اهمیت آن در رفتارهای پیشگیری از سوانح اشاره شده است ارتقای بیشتر این سازه می تواند به میزان زیادی در بروز رفتار و عملکرد بهتر مادران موثر باشد. 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، رسانه های ارتباط جمعی و شبکه های اجتماعی کاملاً محسوس و ضروری می باشد.

در این مطالعه عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از سوانح و حوادث ۷۲ (از ۱۰۰) مشاهده شد. در مطالعه فتحی شیخی نیز این میانگین ۵۹ (از ۱۰۰) گزارش شد[۱۷] که جمعیت مادران مورد مطالعه خانم فتحی همچون مطالعه حاضر اکثرا خانه دار و دارای تحصیلات متوسطه بودند که تا حدودی مشخصات نمونه ها در دو مطالعه با یکدیگر همسان بود. با این وجود با توجه بروز حتی یک مورد سانحه برای کودک و ایجاد عوارض غیرقابل جبران برای کودک و خانواده ارتقای عملکرد مادران در این زمینه باید محور توجه برنامه های آموزشی قرار گیرد. چرا که 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 را ممکن است به همراه داشته باشد. به گونه ای که بر اساس آمار پزشکی قانونی، در کشور ما سوانح دومین علت مرگ و میر کودکان شناخته شده است [۱۸]. لذا پیشگیری از حوادث خانگی به خصوص در گروه کودکان به دلیل درک پایین تر کودکان از موقعیت پیرامون خود امری دشوار است و استراتژی های کاهش حوادث خانگی می بایست بر حصول اطمینان از ایجاد محیطی کاملا ایمن با مادران آموزش دیده متمرکز باشد. در کانادا دو نوع استراتژی شامل نظارت والدین و حذف خطرات محیطی به تنهایی یا توام در کاهش حوادث خانگی برای کودکان موثر گزارش شده است [۲۸] که این موارد می تواند در سایر موقعیتهای مکانی در کشورهای دیگر هم مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار پیشگیری از آسیب، گزارش نداد. این امر نشان می دهد علیرغم داشتن نگرش مثبت نسبت به رفتارهای پیشگیری بر اساس میانگین های مشاهده شده در مدل اعتقاد بهداشتی نقش سایر عوامل محیطی از جمله شرایط ایمنی منزل، مشغله کاری والدین نیز در بروز رفتارهای پیشگیری اثر گذار می باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

در مطالعه ای نشان داده شد اتخاذ رفتارهای پیشگیری از مسمومیت در کودکان زیر ۵ سال از طریق افزایش سازه های شدت، خودکارامدی، راهنمای عمل و حساسیت درک شده امکان پذیر است[۲۹]. علت این امر می تواند محدود بودن دامنه مطالعه به بررسی یک حادثه (مسمومیت) در کودکان باشد.

در این مطالعه سن کودک، حساسیت درک شده و منافع درک شده مجموعاً ۳۸٪ رفتار پیشگیرانه مادران را پیش بینی کردند. این یافته نشان می دهد مدل اعتقاد بهداشتی دارای پتانسیل خوبی برای تغییر رفتار مادران در این زمینه دارد. بر اساس این نتایج در آموزش مادران باید تاکید بر سازه های موثر یافت شده در این پژوهش باشد لذا ابتدا مادران باید کودک خود را در معرض آسیب ببینند و منافع حاصل از اقدام به موقع برای کمک به کودک خود را درک نمایند و این نگرش مثبت را در تمام سطوح سنی کودک مورد توجه قرار دهند. در مطالعه پورالعجل و همکاران شدت درک شده به عنوان یکی از متغیر های قوی پیشگویی کننده برای انجام رفتارهای ایمنی توسط مادران تعیین گردیده بود [۱۵] در مطالعه فتحی شیخی و همکاران نیز سازه موانع درک شده و خودکارامدی به عنوان مهمترین سازه های پیشگویی رفتار ارایه شده بودند که ۲۰٪ از رفتارهای پیشگیری از سوانح در کودکان توسط مادران را گزارش کرده بودند[۱۷]. با توجه به فاصله زمانی بین انجام مطالعات یاد شده و شهرهای مورد مطالعه و تاثیر سایر متغیرهای دموگرافیک بر رفتار پیشگیری مادران از سوانح و حوادث کودکان سازه های تاثیرگذار بر حسب موقعیت مکانی و زمانی مطالعات متفاوت گزارش شده است که این امر نشان دهنده نیاز هر گروه جمعیتی به برنامه های خاص آموزشی همان گروه و شهر می باشد. نهایتاً نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با تاکید بر ایجاد حساسیت درک شده در مادران در زمینه آسیب پذیر بودن کودکان آنها نسبت به سوانح و حوادث و مهم جلوه نمودن فواید حاصل از اقدام به موقع مادران در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث و توجه مادران به تمام گروههای سنی کودکان باید محور کانونی برنامه های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، پیشنهاد می گردد نتایج مطالعه حاضر در قالب کارآزمایی های آموزشی برای آموزش مادران به عنوان اولین مراقبین سلامت کودک در جهت پیشگیری از بروز حوادث در کودکان و حفظ سلامت این گروه آسیب پذیر استفاده گردد.

از جمله محدودیتهای مطالعه حاضر جمع آوری اطلاعات از طریق خودگزارش دهی و به خصوص در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده مادران بود که در این خصوص سعی گردید با ارایه توضیحات کافی به مادران و بیان اهداف مطالعه به صورت شفاف به نمونه ها و اختصاص وقت کافی به آنها جهت ارایه پاسخ های درست سعی گردید بر کیفیت اطلاعات جمع آوری شده افزوده گردد.

سهم نویسندگان

میترا جرس: طراحی مطالعه، تدوین و اصلاح مقاله
علی عسکری مصلح ابادی: جمع اوری اطلاعات، تدوین مقاله
محسن شمسی: طراحی مطالعه، تدوین و اصلاح مقاله
اعظم مسلمی: طراحی مطالعه، آنالیز اطلاعات

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با کمک مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و با کد مصوب ۳۶۴۹ انجام شده است . بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و کلیه مادران شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و قدردانی می گردد.

منابع

1. Zhang L-L, Dalal K, Wang S-M. Injury related risk behaviour: a health belief model-based study of primary school students in a safe community in Shanghai. Plos one 2013;8:e70563
2. Sharma S, Reddy N S, Ramanujam K, Jennifer M, Gunasekaran A, Rose A, et al. Unintentional injuries among children aged 1–5 years: understanding the burden, risk factors and severity in urban slums of southern India. Injury Epidemiology 2018;5:41
3. Kamal NN. Home Unintentional Non-fatal Injury Among Children Under 5 Years of Age in a Rural Area, El Minia Governorate, Egypt. Journal of Community Health 2013;3:873
4. Sharma SL, Reddy N S, Ramanujam K, Jennifer MS, Gunasekaran A, Rose A, et al. Unintentional injuries among children aged 1–5 years: understanding the burden, risk factors and severity in urban slums of southern India. Injury Epidemiology 2018;5:41
5. Al-Bshri S, Jahan S. Prevalence of home related injuries among children under 5 years old and practice of mothers toward first aid in Buraidah,

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

Qassim. Journal of family medicine and primary care 2021;10:1234
6. Morrongiello BA, Marlenga B, Berg R, Linneman J, Pickett W. A new approach to understanding pediatric farm injuries. Social Science & Medicine 2007;65:1364-71
7. Morrongiello BA. Preventing Unintentional Injuries to Young Children in the Home: Understanding and Influencing Parents' Safety Practices. Child Development Perspectives 2018;12:217-22
8. Barat A, Watson MC, Mulvaney CA. Parents' voices: perceptions of barriers and facilitators to prevent unintentional home injuries among young children. International Journal of Health Promotion and Education 2017;55:272-83
9. Goodarzi A, Heidarnia A, Tavafian S, Eslami M. Predicting oral health behaviors among Iranian students by using health belief model. Journal of education and health promotion 2019;8:10 [Persian]
10. Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Robat-Sarpooshi D, Gholian – Aval M, Jafari A, Alizadeh-Siuki H. The impact of health education on nutritional behaviors in female students: an application of health belief model. International Journal of Health Promotion and Education 2021;59:70-82 [Persian]
11. Sato N, Hagiwara Y, Ishikawa J, Akazawa K. Association of socioeconomic factors and the risk for unintentional injuries among children in Japan: a cross-sectional study. Biomedical Journal Open 2018;8:e021621
12. Bhatta S, Mytton J, Deave T. Environmental change interventions to prevent unintentional home injuries among children in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Child: Care, Health and Development 2020;46:537-51
13. Mehdizadeh Esfanjani R, Sadeghi-Bazargani H, Golestani M, Mohammadi R. Domestic Injuries among Children Under 7 Years of Age in Iran; The Baseline Results from the Iranian First Registry. Bulletin of emergency and trauma 2017;5:280-4 [Persian]
14. Khodayari Zarnaq R, Saadati M, Rezapour R, Baghaie H. Epidemiology of Injuries in Children Younger Than Five Years Old - Tabriz. Iranian Journal of Health Promotion 2018;9:e62092 [Persian]
15. Poorolajal J, Cheraghi P, Hazavehei S, 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 (JRHS) 2013;13:63-8 [Persian]
16.Moradi A, Soltani R, Shamsi M, Moradzadeh R. The Survey of Knowledge, Attitude, and Performance of Mothers toward Otitis Media in Children. Journal of Health System Research 2023;18:328-335 [Persian]
17. Fathi Shekhi M, Shamsi M, Khorsandi M, Heaidari M. Predictors accident structures in mothers with children under 5 years old in city of Khorramabad based on Health Belief Model. Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2015;3: 199-206 [Persian]
18. Vakili M, Momeni Z, Mohammadi M, Koohgardi M. Epidemiological study of accidents in children under 6 years of Azadshahr Yazd in 2011. Pajouhan Scientific Journal. 2016;14:49-57 [Persian]
19. Meimanat Abadi S, Ghofranipour F, Yousefi F, Moradpour F. The effect of educational intervention based on health belief model on the damage caused by accidents among children less than 5 year old of women referred to health centers in Qorveh in 1392. Jorjani Biomed Journal 2016;4:30-41[Persian]
20. Moridi E, Fazelniya Z, Yari A, Gholami T, Hasirini PA, Khani Jeihooni A. Effect of educational intervention based on health belief model on accident prevention behaviours in mothers of children under 5-years. BMC Women's Health 2021;21:428 [Persian]
21. The integrated care of healthy children, special for non-physicians, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Andisheh Publishing House, Qom, first edition, 2021. Pp: 4-5. Access date: 17/May/2023 in URL: http://health.kaums.ac.ir//UploadedFiles/FilesPDF
22. Neghab M, Habibi M, Rajayee fard A, Choubine A. The survey of home injury in Shiraz city. Journal of Improvement Management. 2006; 11:428-435 [Persian]
23. Pricewaterhouse Coopers for Department of Health, Social Services and Public Safety. Accident and emergency survey. (Cited 2001). Available at: URL: http://www.rospa.com
24. Nouhjah S, Kalhori SRN, Saki A. Risk factors of non-fatal unintentional home injuries among children under 5 years old; a population-based study. Emergency 2017;5:73
25. Hosseinzadeh K, Sori A, Delbari S. Epidemiological investigation of incidents and accidents in children under 5 years of age in Qazvin province between 2005 and 2014, Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012;3:40-47 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]

26. Brodies A, Assaf M. Home accidents in Arab Bedouins children in Southern Israel. Journal of Child Health Care 2003; 7:207-14
27. Phelan KJ, Khoury J, Kalkwarf H, Lanphear B. Residential injuries in US children and adolescents. Public Health Reports 2005; 120:63-70
28. Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in-home injuries: II. Examining parental strategies, and their efficacy, for managing child injury risk. Journal of Pediatric Psychology 2004; 29:433-46
29. Shahkolai FR, Bandehelahi K, Shahanjarini AK, Farhadian M. The factors related to mother's beliefs and behaviors concerning the prevention of poisoning among children under the age of five, using the Health Belief Model. Turkish journal of pediatrics 2019;5:61 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.2.9]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.535]