

Analysis of the effect of first aid training based on the health belief model on improving the performance of mothers with children under 6 years old at the time of an accident

Roholah Nori¹, Mohsen Shamsi^{1*}, Mahboobeh Khorsandi¹, Amir Almasi-Hashiani²

1. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Department of Epidemiology, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

* Corresponding author e-mail: Mohsen_shamsi1360@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Accidents are one of the most important causes of death and disabilities in children. The present study was conducted with the aim of determining the effect of first aid training based on the health belief model on improving the performance of mothers with children under 6 years old at the time of an accident in Azna city.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental study that was conducted on 100 mothers with children under 6 years of age who referred to health centers in Azna city from 2021 till 2022. Random sampling was taken from health centers and divided into two groups of case and control (50 people each). The case group underwent four training sessions based on the health belief model, and the control group underwent routine training at health centers. The tool for collecting information through a questionnaire was reliable and valid, and after three months of follow-up, data from both groups were collected and with Chi-Square, T-Test, Man-Whetny, Wilcoxon, and ANCOVA analysed.

Results: There was no significant difference in the mean scores of the health belief model constructs and mothers' performance in the test and control groups before the intervention ($p > 0.05$), but there was a significant difference after the intervention ($p < 0.001$). In this study, the average performance score of mothers in the test group before and after the intervention was 52.3 ± 10.08 and 69.53 ± 11.66 , respectively, which were significantly different from each other ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, the educational intervention based on the initial needs assessment based on the health belief model was effective in improving the performance of mothers in performing first aid during accidents and incidents in children and can be useful for designing educational programs.

Keywords: Child, Education, First aid, Mothers

Received: Apr 19, 2023

Revised: May 31, 2023

Accepted: Jun 17, 2023

How to cite this article: Nori R, Shamsi M, Khorsandi M, Almasi-Hashiani A. Analysis of the effect of first aid training based on the health belief model on improving the performance of mothers with children under 6 years old at the time of an accident. *Daneshvar Medicine* 2023; 31(2):24-35.
doi: 10.22070/DANESHMED.2023.17464.1332

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی تاثیر آموزش کمک‌های اولیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء عملکرد مادران دارای کودک زیر ۶ سال در زمان سانحه

روح اله نوری^۱، محسن شمسی^{۱*}، محبوبه خورسندی^۱، امیر الماسی^۲

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

*نویسنده مسئول: محسن شمسی Email: Mohsen_shamsi1360@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: حوادث یکی از مهم‌ترین علل مرگ و معلولیت‌های کودکان است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش کمک‌های اولیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای عملکرد مادران دارای کودک زیر ۶ سال در زمان سانحه در شهرستان ازنا انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع نیمه‌تجربی است که روی ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ازنا در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام پذیرفته است. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی اخذ و در قالب دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۵۰ نفر) تقسیم شدند. گروه مورد تحت چهار جلسه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و گروه شاهد نیز تحت آموزش‌های منظم مراکز بهداشتی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه پایا و روا بوده و بعد از سه ماه پیگیری مجدداً اطلاعات از هر دو گروه جمع‌آوری و با بهره‌گیری از آزمون‌های کای دو، تی مستقل، من ویتنی، ویلکاکسون و آنکوا داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مادران در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$)، اما بعد از مداخله تفاوت معناداری داشتند ($p > 0/001$). در این مطالعه میانگین نمره عملکرد مادران در گروه آزمون در قبل و بعد از مداخله به ترتیب برابر $52/3 \pm 10/08$ و $69/53 \pm 11/66$ بود که با یکدیگر اختلاف معناداری داشتند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، مداخله آموزشی مبتنی بر نیازسنجی اولیه بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود عملکرد مادران در خصوص انجام کمک‌های اولیه در هنگام بروز سوانح و حوادث در کودکان مؤثر بود و می‌تواند برای طراحی برنامه‌های آموزشی مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: کودک، آموزش، کمک‌های اولیه، مادران

وصول مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰

اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

مقدمه

کودکان امروز منابع انسانی ارزشمندی برای آینده هستند و روش پرورش امروز آنها، کیفیت منابع انسانی آینده ما را تأمین خواهد کرد. تأمین، حفظ و ارتقای سلامت کودکان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر در خدمات بهداشتی-درمانی جایگاه ویژه‌ای دارد و صلاحیت مادران در ایفای نقش خود مهم‌ترین فاکتور در سلامت کودکان است (۱).

میزان مرگ و میر کودکان از گویاترین شاخص‌های توسعه جوامع مختلف است. ۱۰ میلیون کودک کشورهای درحال توسعه همه ساله قبل از رسیدن به پنجمین سالروز تولد خود می‌میرند (۲).

این آمار در مورد کشور ایران به این صورت است که به ازای هر ۱۰۰۰ کودک زیر پنج سال، ۱۴ کودک فوت می‌شود که این آمار در چند سال اخیر روند متغیری داشته است؛ و در سال ۱۳۹۸ حدود ۱۶۰۰۰ کودک زیر ۵ سال در ایران فوت شده است (۳). بر این اساس یکی از اهداف توسعه هزاره سوم کاهش مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال به میزان دو سوم، در نظر گرفته شده بود که در این راستا کشورهای درحال توسعه بایستی مداخلات لازم را جهت ارتقای سلامت کودکان به کار گیرند (۴).

امروزه نقش آموزش در بالابردن سطح سلامت جامعه مورد تأکید قرار گرفته است و بی‌اطلاعی و عدم مراقبت و توجه والدین به بهداشت کودکان عامل مؤثری در نارسایی جسمانی و روانی کودک است، با آموزش صحیح مادران می‌توان آنها را قادر ساخت که کودکان خود را در مقابل بسیاری از بیماری‌ها و عوارض آن مصون داشته و به استناد نقش آموزشی خود، مردم را در جهت رفتار مناسب کمک کنند (۵). پس یکی از راه‌های رسیدن به این اهداف، آموزش صحیح مادران است که با تشخیص و اقدامات اولیه به‌موقع و همچنین مراجعه به‌موقع به پزشک (مراکز بهداشتی و درمانی) در زمان وقوع نشانه‌های خطر در کودکان است که می‌تواند از عوارض بیماری‌ها، مرگ و هزینه‌های زیاد پیشگیری کند (۶).

با آموزش صحیح کمک‌های اولیه به مادران برای انجام مراقبت‌ها و کمک‌های اولیه به نوزدان و کودکان خود می‌توان از عوارض بیماری‌ها، مرگ و هزینه‌های گزاف پیشگیری کرد. کمک‌های اولیه شامل اقداماتی است که

هنگام وقوع حوادث برای جلوگیری از مرگ، پیشگیری از صدمات و عوارض بعدی، کاهش درد و رنج مصدوم قبل از رسیدن افراد حرفه‌ای و انتقال مصدوم به مراکز درمانی به عمل می‌آید. این اقدامات می‌تواند شامل مواردی ساده مانند: پانسمان زخم و جراحی یا مواردی مشکل‌تر نظیر انجام عملیات احیای قلبی-ریوی و غیره باشد. اهداف کمک‌های اولیه، شامل نجات جان مصدوم، جلوگیری از وخیم‌تر شدن حال وی، افزایش احتمال بهبودی و کاهش درد و رنج است (۷-۸).

انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، نخستین گام در فرایند برنامه‌ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می‌دارد. یکی از مدل‌های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی است. پایایی و اعتبار این مدل در مطالعات انجام‌شده برای تشخیص و عمل درست در زمینه کمک‌های اولیه برای ارتقای توانمندی مادران در زمان سوانح و حوادث برای کودکان به اثبات رسیده است. این مدل، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است این مدل بر این تأکید دارد که چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت می‌کند و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود؟ (۹). فلسفه مدل اعتقاد بهداشتی این است که دارای چهار ویژگی باشد: نخست اینکه رفتار مورد نظر برای فراگیران فایده یا فوایدی از جنبه‌های سلامتی، اقتصادی-اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی داشته باشد؛ دوم آنکه آموزش‌دهندگان موانع موجود برای اتخاذ رفتار را شناسایی و طبق آن برنامه‌ریزی کنند؛ سوم آنکه برنامه آموزشی بایستی قادر باشد در مورد عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتار بهداشتی اعم از خطرات سلامتی و زیان‌های اقتصادی-اجتماعی-خانوادگی، در فراگیران حساسیت لازم را ایجاد کنند. هنگامی که فرد درک صحیحی از میزان حساسیت و شانس ابتلای فرزندش به ناهنجاری داشته باشد و با عوارض و عواقب آن آشنا باشد و فواید بیشتری در انجام این عمل پیشگیرانه ببیند، تمایل بیشتری برای در پیش‌گرفتن این رفتار خواهد داشت.

مرکز به‌عنوان آزمون و دو مرکز به‌عنوان کنترل انتخاب شد و از مادران مراجعه‌کننده به آن، به‌صورت تصادفی ساده بر اساس شماره پرونده خانوار موجود در سامانه سبب اقدام به نمونه‌گیری شد.

در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه، آلفا ۵ درصد، توان ۸۰ درصد، و بر اساس مطالعه میمنت عابدی و همکاران (۱۱)، میانگین نمره آگاهی در گروه کنترل و مداخله به‌ترتیب برابر با ۸/۱ و ۱۱ و انحراف معیار نمره آگاهی نیز ۵ لحاظ شد. با استفاده از نرم‌افزار STATA تعداد ۴۵ مادر برای هر گروه محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۵۰ مادر در هر گروه و مجموعاً ۱۰۰ مادر وارد مطالعه شد.

در این مطالعه، معیار ورود نمونه‌ها عبارت‌اند از مادران دارای کودک زیر ۶ سال که تمایل به شرکت در پژوهش را دارند و تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی هستند، مادرانی که دارای سواد خواندن و نوشتن (حداقل ۵ سال تحصیلی) هستند و مادرانی که بین ۱۸ تا حداکثر ۵۰ سال سن دارند.

معیارهای خروج نیز عبارت بود از در صورتی که مادران تمایلی به ادامه همکاری نداشته باشند، اگر مادر از شهرستان ازنا مهاجرت کند، عدم حضور مادران در جلسات آموزشی (بر حسب شرایط زمان اجرای مداخله حضوری یا غیرحضوری) و در دسترس نبودن مادران در هنگام تکمیل پرسشنامه پس از آزمون.

در این مطالعه نحوه جمع‌آوری داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن تأیید شده است جمع‌آوری شد.

در این مطالعه ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که با بهره‌گیری از منابع و مطالعات موجود تهیه و پس از انجام مراحل روان‌سنجی مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسشنامه مشتمل بر:

قسمت اول: مشخصات دموگرافیک؛ قسمت دوم: سؤالاتی در مورد آگاهی مادران در زمینه اقدامات لازم به هنگام بروز سوانح و حوادث برای کودکان؛ قسمت سوم: سؤالاتی در مورد ابعاد مختلف مدل اعتقاد بهداشتی شامل (موانع درک‌شده، منافع درک‌شده، حساسیت درک‌شده، شدت

سرانجام داشتن باورها و انگیزه‌های مثبت برای سلامتی و داشتن اعتمادبه‌نفس برای انجام این رفتار، به انجام این عمل توسط فرد کمک خواهد کرد (۱۱-۱۰). با توجه به مطالعه مشابه در این زمینه از جمله مطالعه شمسی و همکاران (۱۲) که راه‌های پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان را ارائه کرده‌اند در مطالعه حاضر سعی شده است تا در صورت رخ‌دادن سوانح و حوادث برای کودک مجموعه اقدامات اولیه و مهارت‌هایی که لازم است مادر در این زمینه داشته باشد در قالب کمک‌های اولیه ویژه کودکان به مادران آموزش داده شود تا در صورت بروز حادثه، مادر به‌عنوان نخستین و نزدیک‌ترین مراقب کودک زیر ۶ سال بتواند با مهارت کافی اقدام مؤثرتر، به موقع‌تر و سریع‌تری داشته و از ایجاد صدمات بعدی برای کودک کاسته شود.

لذا با توجه به مواردی که بیان شد هدف از انجام این پژوهش، تعیین تأثیر آموزش کمک‌های اولیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به مادران دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی (مطالعه موردی شهرستان ازنا) در زمینه افزایش توانمندی مادران در برخورد با سوانح و حوادث کودکان و انجام اقدام به‌موقع و مؤثر است؛ در صورت نتیجه‌گیری موفق و مناسب بسته و روش آموزشی طراحی شده در اختیار کارشناسان مراکز بهداشتی و درمانی، مسئولان مهدکودک‌ها و سایر مراکزی که کودکان زیر ۶ سال نگهداری می‌شوند قرار می‌گیرد تا برای آموزش مادران استفاده شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی و از نوع کارآزمایی شاهددار بود. جامعه آن شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر گروه مداخله و ۵۰ نفر گروه کنترل) از زنان دارای کودک زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ازنا در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود.

جهت نمونه‌گیری در مطالعه حاضر با توجه به اینکه شهر ازنا دارای ۱۲ مرکز درمانی است که برای انجام این پژوهش، شهر ازنا به چهار منطقه (به‌عنوان طبقات) تقسیم شد و از بین مراکز بهداشتی درمانی موجود در هر منطقه (به‌عنوان خوشه‌ها)، چهار مرکز به‌صورت تصادفی، که دو

درک‌شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل؛ و قسمت چهارم: سؤالاتی درباره عملکرد مادر درخصوص نحوه برخورد و مواجهه با کودک دچار سانحه است.

در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر و در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر است به‌گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالف امتیاز ۱، مخالف امتیاز ۲، نظری ندارم امتیاز ۳، موافقم امتیاز ۴، کاملاً موافقم امتیاز ۵ تعلق گرفت. در مجموع نمرات هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد.

در قسمت چک‌لیست عملکرد نیز به رفتار صحیح امتیاز یک و رفتار غلط امتیاز صفر تعلق گرفت و در مجموع نمره این قسمت نیز بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه نیز در بخش‌های مختلف بالای ۰/۷ محاسبه شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، در قبل از مداخله آموزشی و بر اساس این نیازسنجی اولیه طراحی آموزشی انجام شد. مداخله آموزشی برای گروه مورد طی ۴ جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه‌ای به مدت ۱ ماه طراحی و اجرا شد. در این راستا، بر اساس طرح درس تدوین‌شده و بر اساس نیازسنجی اولیه بیشترین موارد ضعف عملکرد مادران در انجام رفتارهای کمک‌های اولیه در زمان بروز سوانح و حوادث برای کودکان مورد بررسی و در قالب آموزش حضوری، اسلاید، فیلم آموزشی، پمفلت و کتابچه و بر روی مولاژ موارد به مادران آموزش داده شد. در قسمت عملکرد، درخصوص اقدامات اولیه که مادر در زمان بروز حادثه باید انجام دهد به‌صورت عملی آموزش داده شد. آموزش‌ها با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، دادن کتابچه آموزشی و پمفلت و فیلم و ماکت و مولاژ توسط پژوهشگر در جلسات آموزشی برای گروه مداخله انجام شد.

مداخله آموزشی

جلسه اول سازه مورد استفاده: آگاهی

این جلسه با نشان‌دادن الگوی اعتقاد بهداشتی به زبان ساده و با عامیانه متناسب با سطح یادگیری و تحصیلات فراگیران توسط پژوهشگر روی تخته وایت‌برد و اینکه

مطالب مربوط به آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی طی چهار جلسه آموزش توضیح داده خواهد شد، برنامه آموزشی آغاز شد و مطابق با نیازسنجی انجام‌شده آموزش‌هایی در زمینه: آشنایی مادران با آسیب‌های شدید و خفیف شایع کودکان زیر شش سال، قابل پیش‌بینی و ارتقای عملکرد مادران، برای شرایطی که ممکن است کودکان در معرض آسیب قرار گیرند، سنی که کودکان بیشتر دچار آسیب‌دیدگی می‌شوند، تفاوت میزان آسیب‌دیدگی در دختران و پسران زیر ۶ سال، ویژگی‌های کودکان که باعث آسیب‌دیدگی می‌شوند، استفاده از صندلی مخصوص کودک در هنگام رانندگی، راه‌های مسمومیت کودکان و عملکرد مادران هنگام مسمومیت کودکان، ساعاتی که کودکان بیشتر دچار آسیب‌دیدگی می‌شوند، اسباب‌بازی‌های خطرناک برای کودکان، اصلی‌ترین علت آسیب‌دیدگی کودکان، بیشترین آسیب‌های کودکان در کجا رخ می‌دهد، و علل آسیب‌دیدگی شدید در کودکان، به روش‌های سخنرانی و پرسش و پاسخ انجام و مطالب به‌صورت پرسش و پاسخ مرور شد.

جلسه دوم سازه‌های مورد استفاده

حساسیت و شدت درک‌شده این جلسه با مرور مطالب جلسه اول به‌صورت پرسش و پاسخ شروع شد و آموزش در راستای افزایش حساسیت و شدت درک‌شده مادران با هدف حساس کردن آنان درخصوص احتمال ایجاد سوانح و حوادث در کودک‌شان و آشنایی آنان با عملکرد صحیح و عواقب منفی آسیب‌دیدگی کودکان به دلیل عدم آشنایی مادران و عملکرد ضعیف مادران به دلیل ناتوانی و ناآشنایی آنان با کمک‌های اولیه با ارائه آمارهای مرتبط به روش‌های سخنرانی، بحث گروهی و نمایش فیلم ادامه یافت و مطالب به‌صورت پرسش و پاسخ مرور شد.

جلسه سوم سازه‌های مورد استفاده: منافع درک‌شده و

موانع درک‌شده

ابتدا با پرسش از مادران، مباحث جلسات قبل مرور شد. سپس در این جلسه، با هدف آشنایی مادران در جهت افزایش منافع و کاهش موانع درک‌شده درخصوص سوانح و حوادث و با هدف ارتقای عملکرد مادران با منافع و موانع توجه و عملکرد به‌موقع هنگام سوانح و حوادث به شیوه‌های سخنرانی و بحث گروهی انجام شد و با توجه به اینکه موانع درک‌شده یکی از آیتم‌های پیشگویی‌کننده

شفاهی از نمونه‌ها اخذ و شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه انجام شد.

در نهایت، داده‌های دو گروه در مرحله قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی کدبندی و از طریق SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی) و آمار تحلیلی با بهره‌گیری از آزمون‌های کای دو، تی مستقل، من ویتنی، ویلکاکسون و انکوا داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این خصوص جهت تعیین نرمال بودن متغیرها ابتدا آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام و در موارد توزیع غیرنرمال از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شده است.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه مورد و شاهد به ترتیب برابر با $29/2 \pm 5/57$ و $29/27 \pm 5/72$ سال بود که بر اساس آزمون تی مستقل با یکدیگر اختلاف معناداری نداشتند ($p=0/938$). میانگین و انحراف معیار سن کودک بر حسب ماه نیز در گروه مورد و شاهد به ترتیب عبارت بود از $21/73 \pm 16/35$ و $19/35 \pm 14/96$ ماه که با یکدیگر اختلاف معناداری نداشتند ($p=0/384$).

بر اساس یافته‌های جدول ادر دو گروه مورد و شاهد درصد افراد دارای تحصیلات در مقطع دیپلم (۳۰ درصد) بوده است که اکثر افراد را دربرمی‌گیرد. همچنین در گروه مورد و شاهد به ترتیب درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی (۱۶ درصد) و (۱۸ درصد) بوده است که کمترین وضعیت تحصیلات افراد است. نتیجه آزمون کای دو اختلاف معناداری بین دو گروه نشان نمی‌دهد (جدول ۱).

عملکرد مادران در تحلیل رگرسیونی بود با بیان مثال‌ها و مطالب مرتبط بر این سازه‌ها بیشتر تأکید شد و در نهایت با جمع‌بندی مطالب بیان‌شده جلسه پایان یافت.

جلسه چهارم سازه‌های مورد استفاده: راهنمای عمل، خودکارآمدی، عملکرد

در این جلسه آموزشی پس از مرور بر مباحث جلسات قبل، مادران با شیوه‌های مختلف کسب اطلاعات درخصوص عملکرد صحیح هنگام سوانح و حوادث در کودکان صورت پذیرفت و در ادامه جهت آموزش خودکارآمدی و رفتارهای صحیح درخصوص کمک‌های اولیه در زمان سوانح و حوادث با هدف اطمینان‌دادن به مادران در رابطه با توانایی آنان بر کمک‌رسانی اولیه به صورتی صحیح و کارآمد، ایمن‌کردن منزل از شرایط خطرزا و پیشگیری از آسیب‌دیدگی بیشتر کودک در داخل و خارج از منزل انجام گرفت و در ادامه مادران با اقدامات مناسب درخصوص عملکرد صحیح هنگام سانحه و حادثه آشنا شدند و در انتهای جلسه نیز مطالب ارائه‌شده جمع‌بندی شد و کتابچه آموزشی به‌عنوان یک راهنمای عمل و یادآور بین مادران توزیع شد.

انجام پس‌آزمون از طریق توزیع مجدد پرسشنامه در گروه مداخله و کنترل و تعیین میزان اثرات مداخله بر آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی و عملکرد درخصوص اقدامات کمک‌های اولیه در زمان بروز حوادث در کودکان برای گروه مداخله سه ماه بعد از مداخله آموزشی سنجیده شد و با گروه کنترل مقایسه شد.

مطالعه حاضر قبل از اجرا در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک مطرح و مورد تصویب رسید. همچنین قبل از انجام مداخله نیز ضمن بیان اهداف مطالعه رضایت

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات و شغل مادران مورد مطالعه بر حسب گروه مورد و شاهد

آزمون کای دو	شاهد		مورد		گروه مشخصات	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۷۱	۱۸	۹	۱۶	۸	ابتدایی	تحصیلات
	۱۲	۶	۱۸	۹	راهنمایی	
	۲۸	۱۴	۲۶	۱۳	دبیرستان	
	۳۰	۱۵	۳۰	۱۵	دیپلم	
	۱۲	۶	۱۰	۵	دانشگاهی	
۰/۲۹۵	۹۰	۴۵	۸۸	۴۴	خانه‌دار	شغل مادر
	۶	۳	۸	۴	شاغل	
	۴	۲	۴	۲	در حال تحصیل	

جدول ۲. مقایسه آگاهی مادران گروه مداخله و شاهد در ارائه کمک‌های اولیه

متغیر	گروه	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله		نتیجه آزمون ANOVA
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی	مداخله	۲۵/۶۰	۱۱/۲۸	۷۱/۴۱	۱۲/۶۲	$p < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۲۶	۱۰/۸۸	۲۳/۲۲	۱۲/۳۶	اندازه اثر = ۰/۴۳۵
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۸۵۷		۰/۰۰۱		

جدول ۳. مقایسه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص اقدامات کمک‌های اولیه مادران در زمان بروز سوانح و حوادث به تفکیک گروه‌های مورد و شاهد در قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله		۳ ماه بعد از مداخله		نتیجه آزمون ANOVA
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت درک‌شده	مداخله	۵۸/۴۱	۷/۷۹	۷۰	۸/۷۶	$P=۰/۱۳۴$
	کنترل	۵۷/۰۶	۹	۵۳/۰۲	۶/۵۶	اندازه اثر = ۰/۰۲۳
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۶۳۶		۰/۰۰۱		
شدت درک‌شده	مداخله	۵۸/۵۶	۸/۷۶	۶۷/۵۸	۹/۰۸	$P=۰/۸۲۰$
	کنترل	۵۷/۶۸	۱۰/۷۶	۵۸/۱۶	۹/۵۶	اندازه اثر = ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۶۵۵		۰/۰۰۱		
منافع درک‌شده	مداخله	۵۸/۱۶	۱۰/۴۸	۸۱/۴	۹/۰۶	$P=۰/۰۰۱$
	کنترل	۵۸/۵۶	۱۱	۴۹/۹۲	۱۰/۴۸	اندازه اثر = ۰/۱۲۰
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۸۵۳		۰/۰۰۱		
موانع درک‌شده	مداخله	۶۱/۶۴	۱۰/۶۳	۳۶/۶۹	۱۰/۴۹	$P=۰/۰۰۳$
	کنترل	۶۲/۰۴	۱۲/۴۳	۵۸/۰۸	۱۱/۰۲	اندازه اثر = ۰/۲۳
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۸۶۴		۰/۰۰۱		
راهنمای عمل	مداخله	۵۸/۹۰	۱۱/۷۹	۸۰/۵۸	۴/۹۱	$P=۰/۰۰۱$
	کنترل	۵۸/۸	۱۰	۵۲/۳۰	۱۱/۶۵	اندازه اثر = ۰/۱۱۲
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۹۶۴		۰/۰۰۱		
خودکارآمدی	مداخله	۶۳/۲۱	۷/۷۶	۸۰/۰۶	۱۰/۱۳	$P=۰/۷۰۴$
	کنترل	۶۴/۹۶	۱۰/۷۶	۵۳/۳۶	۹/۸۸	اندازه اثر = ۰/۰۵۸
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۳۵۱		۰/۰۰۱		
عملکرد	مداخله	۲۲/۴۴	۴/۵۹	۳۰/۴۶	۵/۹۹	$P=۰/۰۵۹$
	کنترل	۲۱/۰۴	۳/۶۸	۲۳/۱۶	۳/۰۴	اندازه اثر = ۰/۰۳۹
نتیجه آزمون Mann-whitney		۰/۰۹۶		۰/۰۰۱		

اختلاف معناداری بین میانگین آگاهی بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد (جدول ۲). نتایج حاصل از آزمون Wilcoxon اختلاف معناداری بین حساسیت درک‌شده قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله نشان می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون Wilcoxon اختلاف معناداری بین حساسیت درک‌شده قبل و بعد از آموزش در

نتایج حاصل از آزمون Wilcoxon اختلاف معناداری بین آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل نشان نمی‌دهد، اما اختلاف معناداری بین آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله نشان می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون Mann-whitney اختلاف معناداری بین میانگین آگاهی قبل از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان نمی‌دهد اما

اولیه شود. در مطالعات مختلف بر لزوم آموزش‌های مرتبط با سوانح و حوادث در کودکان به والدین، خصوصاً مادران تأکید شده است (۱۱۲-۱۱). در مطالعات مختلف نیز بر تأثیر ارتقای آگاهی بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت آموزش اشاره شده است (۱۴-۱۱). اما یادآوری می‌شود که افزایش آگاهی به‌تنهایی نمی‌تواند موجب تغییر در عملکرد شود؛ بنابراین بایستی برای تغییر عملکرد علاوه بر آگاهی بر نگرش افراد نیز مداخلاتی انجام شود.

پورسلیمان و همکاران در تدوین برنامه درسی مراقبت از مادران و نوزادان در بلایا برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی تدوین برنامه درسی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی حرفه‌ای (پرستار، ماما و بهیار) به‌منظور ایجاد آمادگی لازم برای ارائه خدمات مراقبتی از مادران و نوزادان را ضروری می‌دانند. لذا مادران نیز که مراقب اولیه کودکان محسوب می‌شوند نیاز به آموزش در این خصوص دارند (۱۵).

حساسیت و شدت درک‌شده می‌تواند یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده در اتخاذ رفتارهای مناسب بهداشتی در مدل اعتقاد بهداشتی باشد. در این پژوهش حساسیت و شدت درک‌شده مادران نسبت سوانح و حوادث در کودکان مورد ارزیابی قرار گرفته است که هر چه بیشتر باشد بیانگر حساسیت و شدت درک‌شده بیشتر مادر نسبت به اهمیت سوانح و حوادث است و یکی از اهداف انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش حساسیت و شدت درک‌شده بوده است؛ که این امر در مطالعه حاضر محقق شده است. به‌طوری که نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره حساسیت و شدت درک‌شده مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری ندارند و هر دو گروه تقریباً شرایط یکسانی دارند ولی بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله میانگین نمره حساسیت و شدت درک‌شده به‌طور معناداری افزایش یافته است، درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمره حساسیت و شدت درک‌شده افزایش معناداری نداشته است. در توجیه

گروه کنترل نشان نمی‌دهد. نتایج حاصل از آزمون Mann-whitney اختلاف معناداری بین میانگین حساسیت درک‌شده قبل از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان نمی‌دهد اما اختلاف معناداری بین میانگین حساسیت درک‌شده بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از آزمون Mann-whitney اختلاف معناداری بین میانگین شدت درک‌شده قبل از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان نمی‌دهد اما اختلاف معناداری بین میانگین شدت درک‌شده بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از آزمون Wilcoxon اختلاف معناداری بین راهنمای عمل قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل نشان نمی‌دهد. نتایج حاصل از آزمون Mann-whitney اختلاف معناداری بین میانگین راهنمای عمل قبل از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان نمی‌دهد اما اختلاف معناداری بین میانگین راهنمای عمل بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد (جدول ۳).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی همراه با پیگیری‌های فعال باعث ارتقای عملکرد مادران در زمینه ارائه کمک‌های اولیه و به‌موقع برای کودکان حادثه‌دیده می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره آگاهی مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل تقریباً شرایط یکسانی دارند ولی بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله میانگین نمره آگاهی به‌طور معناداری افزایش یافته است، درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمره آگاهی افزایش معناداری نداشته است، که این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی در افزایش آگاهی مادران تحت مداخله آموزشی است. در توجیه این مسئله می‌توان گفت که تشکیل کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی برای مادران تا حدودی توانسته سبب ارتقای میزان آگاهی مادران در مورد رفتار مرتبط با انجام به‌موقع کمک‌های

این موضوع می‌توان گفت که این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی برنامه‌ریزی شده در افزایش حساسیت و شدت درک شده مادران تحت مداخله آموزشی است. به‌گونه‌ای که سبب افزایش اعتقاد گروه مداخله بعد از آموزش در خصوص عدم رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوانح و حوادث در کودکان سبب در معرض خطر قرارگرفتن کودک دل‌بندشان می‌شود و همچنین مادران عوارض مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از بروز سوانح و حوادث در کودکان را درک کردند. در مطالعات مختلف نیز بر تأثیر ارتقای حساسیت و شدت درک شده بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت آموزش اشاره شده است (۱۴-۱۱).

میمنت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر آسیب‌های ناشی از حوادث کودکان زیر ۵ سال در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قروه بیان کردند که یافته‌های حاصل از این مطالعه بیانگر اختلاف معنادار و مثبتی بعد از مداخله بین دو گروه از لحاظ آگاهی، حساسیت، شدت، موانع درک شده و خودکارآمدی بود. همچنین میانگین اختلافات قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل و همچنین میانگین نمره قبل و بعد از مداخله در تمام موارد معنادار گزارش شد و بین آسیب‌دیدگی خفیف کودکان زیر ۵ سال در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنادار بود (۱۱).

در مطالعه حاضر منافع درک شده مادران مورد ارزیابی قرار گرفته است که هر چه بیشتر باشد بیانگر منافع درک شده بیشتر از سوی مادر است و یکی از اهداف انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش منافع درک شده بوده است که این امر در مطالعه حاضر محقق شده است.

در این پژوهش منظور از موانع درک شده هزینه‌هایی متصور مادران در ازای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوانح و حوادث در کودکان است. در مطالعه حاضر موانع درک شده مادران مورد ارزیابی قرار گرفته است که هر چه

کمتر باشد بیانگر درک موانع کمتری از سوی مادر است و یکی از اهداف انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله کاهش موانع درک شده بوده است؛ که این امر در مطالعه حاضر محقق شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره موانع درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش کاهش معناداری یافته است اما در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد. لازم به یادآوری است که میانگین نمره موانع درک شده مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشته است. در توجیه این موضوع می‌توان گفت که این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی برنامه‌ریزی شده در کاهش موانع درک شده مادران تحت مداخله آموزشی است؛ بنابراین این مطلب بیانگر این موضوع است. لذا ارائه آموزش‌های لازم به مادران برای افزایش منافع درک شده ناشی از اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوانح و حوادث و غلبه آنان بر موانع موجود در این زمینه ضروری است در مطالعات مختلف نیز بر کاهش موانع درک شده بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت آموزش اشاره شده است (۱۴-۱۱).

در این پژوهش خودکارآمدی یعنی احساس توانایی مادر برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوانح و حوادث در کودکان که با پاسخ به سؤالاتی در این خصوص ارزیابی شد. در مطالعه حاضر خودکارآمدی مادران مورد ارزیابی قرار گرفته است که هر چه بیشتر باشد بیانگر خودکارآمدی بالاتر از سوی مادر است و یکی از اهداف انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش خودکارآمدی بوده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معناداری یافته است اما در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد. لازم به یادآوری است که میانگین نمره منافع درک شده مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشته است. در توجیه این موضوع می‌توان

اثربخشی مداخله آموزشی برنامه‌ریزی‌شده در افزایش عملکرد مادران تحت مداخله آموزشی است. لازم به توضیح است که در مطالعات مختلف نیز بر تأثیر ارتقای عملکرد بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت آموزش اشاره شده است ((۱۴-۱۱).

سجادی هزاوه‌ای و شمسی (۱۳۹۲)، پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به مادران در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده از تشنج ناشی از تب در کودکان اثربخشی آموزش با این مدل را تأیید کردند (۱۷).

نینوایی و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران را مورد پژوهش قرار دادند. در این پژوهش آمده است که زنان و کودکان هر کشور دو سوم جمعیت هر کشور را تشکیل می‌دهند و تأمین سلامت کودکان توسط مادران در ارتقای سلامت کل جامعه مؤثر است (۱۸).

در مطالعه‌ای با عنوان عملکرد مادران در ایجاد خانه ایمنی برای پیشگیری از ۶ نوع صدمه دوران کودکی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، انجام شد. اطلاعات از طریق مصاحبه در خانه و با ابزار پرسشنامه جمع‌آوری شد. مصاحبه از ۵۰ مادر کودک ۲۴-۱۹ ماهه و ۲۵ - ۳۰ ماهه در مورد عملکرد مادران در ایجاد خانه‌های ایمن انجام شد. نتایج نشان داد که برای حوادث سوختگی، بریدگی و سقوط، باور والدین در مورد خصوصیات کودک و اینکه کودک در معرض خطر زیادی است عامل کلیدی جهت اقدامات پیشگیرانه مادر بود. برای غرق‌شدن، مسمومیت و خفگی باورهای بهداشتی، از جمله باور در مورد شدت (وخامت) آسیب‌ها و میزان تلاش مورد نیاز برای انجام اقدامات پیشگیرانه، مادران مؤثر بود. عواملی که سبب می‌شد مادران اقدامات پیشگیرانه را در خانه به کار ببندند، بسته به نوع آسیب متفاوت بود. به‌طور کلی برنامه‌های مداخله‌ای به‌منظور ارتقای عملکرد مادران در ایجاد خانه ایمن باید

گفت که این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی برنامه‌ریزی‌شده در افزایش خودکارآمدی مادران تحت مداخله آموزشی است. به این مفهوم مداخله آموزشی سبب ارتقای توانایی مادران برای پیگیری رفتار پیشگیری‌کننده از سوانح و حوادث شده است. در مطالعات مختلف نیز بر تأثیر ارتقای خودکارآمدی بعد از مداخلات آموزشی در گروه تحت آموزش اشاره شده است ((۱۴-۱۱).

در مطالعه‌ای با عنوان آسیب‌های دوران کودکی در یک مؤسسه عالی در شمال نیجریه توسط Abdul و Esin و همکاران در سال‌های ۲۰۰۷ الی ۲۰۰۹ انجام شد. بیشترین صدمات در گروه سنی ۱۰-۶ سال بود. خانه شایع‌ترین محل آسیب در گروه سنی ۵-۰ سال بود. درحالی‌که در کودکان بزرگ‌تر بیشتر صدمات در خارج از خانه (خیابان و بزرگراه) اتفاق می‌افتاد. بیشترین آسیب متداول در میان گروه سنی ۵-۰ سال سوختگی ناشی از آب جوش بود، درحالی‌که تصادف عابران پیاده برای کودکان ۱۰-۵ ساله رایج‌تر بود. سقوط ۲/۲۰ درصد از صدمات را به خود اختصاص داده بود و رایج‌ترین آسیب جسمی ضربه به سر و به دنبال آن شکستگی سر بود. به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که نیاز به آموزش به والدین و کودکان در مورد خطرات ناشی از آسیب و اقدامات پیشگیرانه علاوه بر قوانین و سیاست‌های زیست‌محیطی به‌طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند آسیب‌های دوران کودکی را کاهش دهد (۱۶).

در این پژوهش یکی از اهداف انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش عملکرد بوده است، که این امر در مطالعه حاضر محقق شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره عملکرد در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معناداری یافته است اما در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد. قابل ذکر است که میانگین نمره عملکرد مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشته است. در توجیه این موضوع می‌توان گفت که این امر ناشی از

پیشنهاد می‌شود از آنجایی که مطالعه حاضر روی رفتارهای مرتبط با عملکرد مادران در زمان سوانح و حوادث با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است، لذا مطالعات دیگری با استفاده از سایر مدل‌ها مانند تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده جهت افزایش قصد رفتاری و نگرش مثبت نسبت به فراگیری کمک‌های اولیه و انجام رفتارهای صحیح در زمان سوانح و حوادث برای کودکان و با مولتی‌مدیا در این زمینه انجام شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر نیز عبارت بودند از جمع‌آوری اطلاعات و به‌خصوص برای سنجش اتخاذ رفتار سالم به‌صورت خودگزارش‌دهی که با ارائه توضیحات کافی به نمونه‌ها سعی شد بر کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده افزوده شود.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر بر گرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و مصوب کد ۶۴۸۳ شورای پژوهشی دانشگاه و مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره مصوب IR.ARAKMU.REC.1400.133 می‌باشد.

تعارض و منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

عوامل مختلف را بسته به نوع آسیب هدف قرار دهند (۱۹).

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی با استفاده از نیازسنجی مناسب، تأکید بر سازه‌های تأثیرگذار بر رفتار و یافتن نقاط ضعف و قوت گروه هدف و ارائه آموزش مناسب بر حسب نیاز فراگیران در ارتقای رفتار مرتبط با عملکرد مادران در زمینه انجام کمک‌های اولیه برای کودکان دچار حادثه مؤثر بوده است. همچنین از آنجاکه متغیرهای مربوط به اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، به دنبال اجرای مداخله در گروه مورد به‌طور معنادار ارتقا یافته و در نهایت باعث تغییر رفتار شده است، می‌توان گفت مداخله اجرا شده با الگوی مدل اعتقاد بهداشتی در این خصوص مناسب بوده است. بنابراین با توجه به اهمیت نقش آموزش در ارتقای رفتارهای به‌موقع مادران به‌عنوان نخستین مراقب کودک در زمینه اقدامات و کمک‌های اولیه و همچنین پیشگیری از بروز عوارض ناشی از آن (از جمله این عوارض عبارت‌اند از مرگ، معلولیت دائمی و موقت)، و اهمیت رعایت رفتار مرتبط با پیشگیری از سوانح و حوادث در پیشگیری از این عوارض، ضرورت آموزش در ابعاد وسیع‌تر و با ابزارهای مختلف در جامعه بیش از پیش احساس می‌شود و با توجه به جمعیت زیاد کودکان و اهمیت حفظ سلامت آنان توجه به این امر باید از اولویت‌های بهداشتی در جامعه محسوب شود.

منابع

1. Delaware B, Farivar M, Jvanprst S, Afzlyan T. Summary chart Guide (for non-physicians.). Second edition ed. Tehran: Ministry of Health, UNICEF assistant Medical Education 2002.
2. Preventable injuries kill 2000 children every day. World Health Organization; 2008 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/>
3. Population Statistics Yearbook, Civil Registration Organization of the country; Bureau of Population and Immigration Statistics and Information, Tehran Publishing House: Civil Registration Organization of the country 2018.
4. Naghibi S A, Moosazadeh M, Shojaee J. Epidemiological Features of under 5 Year Children Mortality in Mazandaran. Journal Health Research Community 2015; 1(1):11-19. URL: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-29-fa.html>.
5. Razi T, shamsi M, khorsandi M, roozbahani N, ranjbaran M. education and self-efficacy of Mothers Regarding Alerting signs in children Less than five Years in Arak, Iran . Avicenna Journal Nursing Midwifery Care 2016; 24(1):1-8. URL: <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1428-fa.html>.
6. Sarhangi F. Assess the educational needs of mothers with children under 6 years of upper respiratory and providing educational project. Kowsar Medicine Journal 2009.4(3):62-58.

7. Shahraki V. [Causes mortality of children 1-59 month in Zabol city]. *Research Nursing Summer* 2009;5(17):6-13 .
8. HyderAbadi. [community health nursing textbook of (1,2,3) based on headline announced by the supreme planning council]. Tehran: Salemi pub; 2003.
9. Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *Arak Medical University Journal* 2012; 14(6):85-94 .
10. Mohebi S, Sharifirad G, Rasekhi H, Matlabi M, Shahsiah M, Tabaraie Y. Effect of Nutrition Education Program on the Recommended Weight Gain in during Pregnancy Application of Health Belief Model: A Randomized Clinical Trial. *Qom University Medical Sciences Journal*. 2012; 6(1):23-30. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-105-fa.html>.
11. 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 (1) :30-41. URL:<http://goums.ac.ir/jorjanijournal/article-1-439-fa.html>
12. Shamsi M, Fathi M, Khorsandi M. Effect of Theory-Based Education on the Promotion of Preventive Behaviors of Accidents and Injuries among Mothers with Under-5 - years - old Children. *Iran Journal Health Educ Health Promotion* 2016;4(3):184-193. URL: <http://journal.ihepsa.ir/article-1-342-fa.html>
13. Navabi M, Khorsandi M, Rouzbahani N, Ranjbaran M. The Effect of Education on Preventive Behaviors of Failure to Thrive in Mothers with Children Aged One to Five Years: Applied Health Belief Model. *Journal Arak University Medical Sciences* 2017;20(1):59-68. URL: <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-4160-fa.html>
14. Nazari F, Tavakoli R, Mahmoodi Majdabadi Farahani M. Study the effect of an educational intervention based on health belief model on preventive behaviors of accidents in mothers having under five years old child referring to health comprehensive centers of takestan city in 2020. *Journal of Military Health Promotion* 2021; 1 (4) :237-246. URL: <http://military-health.ir/article-1-53-fa.html>
15. Poursoleyman L, Aliyari S, Sharififar S T, Pishgooie S A H. Development of Instructional Curriculum of Maternal and Newborn Care for Army Health Providers in Disasters. *Medical Course Sciences* 2018; 5(1):1-12. URL: <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-196-fa.html>
16. Esin IA, Alabi S, Lawal OA. Childhood injuries in a tertiary institution in north east Nigeria. *African journal of paediatric surgery: Acian Journal Pacific Sciences* 2013;10(4):367-70 .
17. Sajadi Hazaveyee M, Shamsi M. The effect of education based on Health Belief Model (HBM) in mothers about behavior of prevention from febrile convulsion in children. *Avicenna Journal Nursing Midwifery Care* 2013; 21(2):37-47. URL: <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1137-fa.html>
18. Neinavayee S. A comparative study of maternal and child health services management in selected developed countries and designing a model for Iran. *Acian Journal Pacific Sciences* 2016; 33(4):297-309. URL: <http://jmciri.ir/article-1-1807-fa.html>
19. Morrongiello BA, Kiriakou S. Mothers' home-safety practices for preventing six types of childhood injuries: what do they do, and why? *Journal of Pediatric Psychology* 2014; 29(4):285-97.