

تأثیر آموزش بر خودکارآمدی مادران در خصوص برخورد با نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال شهر اراک در سال ۱۳۹۳

طاهره رضی^۱، محسن شمسی^{۲*}، محبوبه خورسندی^۳، نسرین روزبهانی^۴، مهدی رنجبران^۴

^۱ دانشجو، آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
^۲ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
^۳ دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
^۴ مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
نویسنده مسئول: محسن شمسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، کوی گلستان، شهرک مصطفی خمینی اراک، اراک، ایران. تلفن: ۰۹۸-۸۶۱۴۱۷۳۵۲۶.
 ایمیل: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

DOI: 10.20286/nmj-24015

چکیده

مقدمه: بسیاری از کودکان بیمار، دارای علائم و نشانه هایی هستند که بعضی از این علائم، نشانه خطر می باشند و نیاز است مادر به عنوان اولین مراقب کودک در برخورد کارآمد با نشانه های خطر توانمند گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی ۱۱۶ مادر دارای کودک کمتر از پنج سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک به صورت چند مرحله ای از ۶ مرکز بهداشتی انتخاب و با تکمیل پرسشنامه محقق ساخته (که پایایی و روایی آن سنجیده شد) همراه با مصاحبه انجام شد. مداخله آموزشی در گروه آزمون طی دو جلسه آموزشی اجرا گردید. پس آزمون از طریق تکمیل مجدد پرسشنامه ها، سه ماه بعد از مداخله آموزشی بررسی و در نهایت با استفاده از نرم افزار Spss تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمره خودکارآمدی مادران در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$) اما بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری داشتند ($P < 0/001$) که البته این اختلاف در گروه مداخله سه برابر گروه شاهد بود.

نتیجه گیری: مداخله آموزشی مبتنی بر نیازسنجی اولیه در بهبود خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان مؤثر بود و می تواند برای طراحی برنامه های آموزشی مفید باشد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۶

واژگان کلیدی:

خطر

خودکارآمدی

کودک

آموزش

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

کاهش مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال به میزان دو سوم از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در نظر گرفته شده است که در این راستا کشورهای در حال توسعه بایستی مداخلات لازم را جهت ارتقاء سلامت کودکان به کار گیرند [۳]. یکی از تعهدات کشور جمهوری اسلامی ایران در صحنه بین المللی نیز کاهش میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال تا سال ۲۰۱۵ به دو سوم میزان آن در سال ۱۹۹۰ می باشد [۴]. میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال کشور ما کاهش یافته است اما همچنان نسبت به کشورهای در حال توسعه بالاتر است، بالا بردن آگاهی والدین نسبت به علائم و نشانه های بیماری ها بخصوص بیماریهای تنفسی و گوارشی در کاهش این میزان کمک کننده است [۵].

همه روزه میلیون ها پدر و مادر کودکان بیمار خود را که احتمال مرگ در آنها وجود دارد به مراکز بهداشتی یا مراکز درمانی می برند که در بعضی از کشورها سه مورد از هر

تامین، حفظ و ارتقاء سلامت کودکان به عنوان یک گروه آسیب پذیر در خدمات بهداشتی درمانی جایگاه ویژه ای دارد و صلاحیت مادران در ایفای نقش خود مهمترین فاکتور در سلامت کودکان است. میزان مرگ و میر کودکان از گویا ترین شاخص های توسعه جوامع مختلف می باشد [۱]. در کشورهای در حال توسعه همه ساله بیش از ۱۰ میلیون کودک قبل از رسیدن به پنجمین سالروز تولد خود می میرند. هفت مورد از هر ده مرگ کودک به دلیل عفونت های حاد تنفسی (اغلب پنومونی)، اسهال، سرخک، مالاریا، سوءتغذیه و در اکثر موارد ترکیبی از این حالات می باشد. نتایج حاصل از آنالیز بار کلی بیماری ها نشان می دهد که در سال ۲۰۲۰ نیز علل ذکر شده مهمترین علل مرگ در کودکان باقی خواهد ماند مگر آنکه تلاش قابل توجهی برای کنترل آنها انجام شود [۲]. بر این اساس یکی از اهداف توسعه هزاره سوم،

پایین دارند نتیجه رفتار آنها مناسب نیست. یعنی این افراد به آسانی در رو به رو شدن با مشکلات متقاعد می شوند که رفتار آنها بی فایده است و سریع دست از تلاش بر می دارند. در حالی که افراد با خودکارآمدی بالا به وسیله بهبود مهارت های خود مدیریتی و پشتکار موانع را برداشته و در برابر مشکلات ایستادگی می کنند [۱۳]. اینرو مایکل و همکاران عنوان می کنند که باید راهکارهای افزایش خودکارآمدی به افراد جامعه به صورت جدی توصیه شود [۱۴]. از طرف دیگر عوامل آموزشی در توسعه و رشد خودکارآمدی نقش مهمی را ایفا می کنند [۸] زیرا هر قدر افراد جامعه اطلاعات بیشتری از بیماری ها داشته باشند بیشتر در مبارزه با آن تلاش می کنند و این کسب اطلاع و آگاه بودن جز از طریق آموزش امکان پذیر نمی باشد [۱۵]. بنابراین ساختار خودکارآمدی می تواند به عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه های آموزشی بهداشت به منظور ایجاد و ارتقای رفتارهای بهداشتی به کار گرفته شود [۱۶]. طبق مطالعات موجود توجه چندانی به خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان نشده است و بنا به اهمیت خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر استفاده از روش های آموزشی موثر از جایگاه خاصی برخوردار است. در ایران پژوهشی که تاثیر آموزش بر خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر را ارزیابی کند وجود نداشت لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بر خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال در بین مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک انجام شد.

روش کار

این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگتری با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتار مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال بر اساس مانا (مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال) بوده است که به دلیل گستردگی مطالب در این مقاله به بررسی تاثیر آموزش بر ابعاد خودکارآمدی مادران در زمینه افزایش توانمندی آنان در برخورد با نشانه ای خطر کودکان پرداخته شده است. مطالعه حاضر به صورت مداخله ایی به صورت نیمه تجربی قبل و بعد انجام شد. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس تحقیقات مشابه [۱۷] با ضریب اطمینان ۹۵٪، ضریب توان آزمون ۸۰٪ برای هر گروه حجم نمونه حداقل ۴۵ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه ها در طی مطالعه (با توجه به ماهیت مطالعه که مداخله ای می باشد و نیاز به همکاری مادران دارد)، تعداد نمونه ها به ۶۰ نفر

چهار کودک بیمار به علت یکی از پنج بیماری ذکر شده می باشد که بسیاری از کودکان بیمار دارای علائم و نشانه هایی هستند [۲]. بعضی از این علائم، همچون تنفس تند و تو کشیدن قفسه سینه نشانه های خطر می باشند. امروزه نقش آموزش در بالا بردن سطح سلامت جامعه مورد تاکید قرار گرفته است و بی اطلاعی و عدم مراقبت و توجه والدین به بهداشت کودکان عامل مؤثری در نارسایی جسمانی و روانی کودک می باشد، با آموزش صحیح مادران می توان آنها را قادر ساخت که کودکان خود را در مقابل بسیاری از بیماری ها و عوارض آن مصون داشته و به استناد نقش آموزشی خود، مردم را در جهت رفتار مناسب کمک نمایند [۶]. پس یکی از راه های رسیدن به این اهداف، آموزش صحیح مادران در مورد تشخیص و مراجعه به موقع به پزشک (مراکز بهداشتی و درمانی) در زمان وقوع نشانه های خطر در کودکان است که می تواند از عوارض بیماریها، مرگ و هزینه های گزاف پیشگیری نماید.

با توجه به نقش مهم آموزش در ارتقاء خودکارآمدی افراد در زمینه های مختلف نیاز به امر ارتقاء خودکارآمدی مادران در برخورد با نشانه های خطر در کودکانشان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. خودکارآمدی که اعتقاد یک فرد به توانایی خود جهت انجام کار است [۷]. مفهوم آن در سال ۱۹۷۷ توسط آلبرت بندورا تعریف شده است و به عقیده وی احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار است [۸]. طبق تئوری بندورا خودکارآمدی تحت تاثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می گیرد [۹، ۱۰] که شامل: دستاورد های عملکردی (مثل تجربه مراقبتی قبلی در خصوص نشانه های خطر)، تجربه های نیابتی یا جانشینی (مثل مشاهده مادران مراقبت کننده از نشانه های خطر)، متقاعد سازی کلامی (مثل تشویق از طرف افراد موثر از قبیل دوستان، خانواده و غیره) و پاسخ های فیزیولوژیکی (مثل استرس و اضطراب) می باشد. یعنی خودکارآمدی در ارتباط با درک افراد از توانایی یا تمایلشان برای تغییر یا ادامه رفتار به صورت موفقیت آمیز است، بر این اساس درک خودکارآمدی در ارتباط با پشتکار، تلاش و مداومت در هر جنبه ایی از زندگی است [۱۱]. پندر و همکاران در مدل ارتقا سلامت خود یکی از عوامل پیش بینی کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح نمودند [۱۲]. به این صورت که عقاید مرتبط با خودکارآمدی بر اهداف و آرزوها اثر می گذارند و تشکیل دهنده پیامدهای رفتار انسان می باشند، افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتر باشند اهداف بالاتری را در نظر گرفته و متعهد گشته و در نتیجه رفتار آنها مطلوبتر می شود، و افرادی که خودکارآمدی

گروهی، پرسش و پاسخ، نمایش عملی، انجام عمل در قالب مراحل کوچک، استفاده از ترغیب و تقویت و با استفاده از وسایل کمک آموزشی و ارائه کتابچه و پمفلت آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی اراک طی ۲ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه ای در طی یک ماه اجرا گردید. در این مدت گروه کنترل آموزشی دریافت نکرده و تحت آموزشهای روتین خود مراکز بهداشتی مربوطه بوده اند. انجام پس آزمون از طریق تکمیل مجدد پرسشنامه همراه با مصاحبه سه ماه بعد از مداخله آموزشی صورت گرفت. قبل از مداخله گروه آزمون و کنترل از نظر همسان بودن بررسی شدند. و پیش فرض های هر آزمون کنترل شد و سپس آزمون های متناسب بر اطلاعات این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ در سطح معنی دار ۰/۰۵ انجام گرفت. برای مقایسه گروه آزمون با گروه کنترل برای متغیر های کمی از آزمون تی مستقل و برای متغیر های کیفی از آزمون کای اسکور استفاده گردید و برای مقایسه سازه خودکارآمدی، قبل و بعد از مداخله آموزشی از آزمون تی زوج و آنالیز کوواریانس استفاده شد. شاین ذکر است به منظور رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام مرحله پس آزمون گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفت، همچنین تیم تحقیق با رعایت نکات اخلاقی، ارائه معرفی نامه به مراکز، با معرفی خود و اهداف مطالعه و اخذ رضایت از نمونه ها اقدام به اجرای این مطالعه نمود.

یافته ها

در راستای رسیدن به اهداف مطالعه پس از انتخاب گروه های تحت مطالعه لازم بود تا هر دو گروه با همدیگر همسان سازی شوند، که نتایج نشان می دهد گروه ها از نظر توزیع متغیرهای کمی و کیفی به جز سن کودک با هم همسان بودند یعنی تفاوت معنی دار نداشتند ($P < 0/05$). در این مطالعه میانگین سن مادران در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۲۷/۹ و ۲۸/۲ سال بود که با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشتند ($P = 0/8$) سایر مشخصات دموگرافیک کمی و کیفی نمونه ها در جداول ۱ و ۲ ارایه شده است. (جدول شماره ۱ و ۲). بین میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمون قبل و سه ماه بعد از مداخله تفاوت معنی دار مشاهده گردید و در گروه کنترل نیز قبل و سه ماه بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$). همچنین بین میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمون و کنترل با استفاده از آزمون تی مستقل قبل از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$) اما بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$) که این افزایش نمره در گروه مداخله بیشتر و در

در هر گروه افزایش یافت. که در کل حجم نمونه ها ۱۲۰ نفر برای دو گروه آزمون و کنترل در نظر گرفته شد.

در این مطالعه نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای و به شیوه زیر صورت پذیرفت: ابتدا برای نمونه گیری بر اساس جهت های جغرافیایی شهر اراک را به چهار قسمت (به عنوان طبقات) تقسیم کرده و از بین مراکز بهداشتی درمانی موجود در هر طبقه (به عنوان خوشه ها) به روش تصادفی ساده سه مرکز برای گروه آزمون و سه مرکز برای گروه کنترل اختصاص داده شد و سپس در هر مرکز به صورت تصادفی ساده از روی شماره پرونده خانوار ۲۰ نفر انتخاب گردید، که در مجموع ۶۰ نفر به گروه آزمون و ۶۰ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. از این تعداد ۴ نفر از گروه آزمون به دلیل عدم مراجعه جهت تکمیل پرسشنامه پس آزمون حذف شدند. بنابراین تجزیه و تحلیل اطلاعات در گروه آزمون بین ۵۶ نفر و در گروه کنترل بین ۶۰ نفر انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل مادران دارای کودک کمتر از پنج سال که سواد خواندن و نوشتن داشته باشند و معیار خروج از مطالعه عدم تمایل مادر برای شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه آموزشی بود.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه ایی محقق ساخته بود که به روش مصاحبه تکمیل گردید، این پرسشنامه در دو بخش تنظیم شد. بخش اول: شامل مشخصات دموگرافیک مادر و کودک، بخش دوم: ۱۲ سوال مربوط به خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان. امتیاز گذاری این پرسشنامه بدین صورت بود که: امتیاز سوالات خودکارآمدی بین ۱ تا ۵ بر اساس طیف لیکرت متغیر بود به این صورت که به جواب اصلاً امتیاز ۱، خیلی کم ۲، کم ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ داده شد که امتیاز هر فرد تقسیم بر کل امتیازات ضربدر ۱۰۰ و نمره وی از ۱۰۰ محاسبه شد.

برای سنجش روایی پرسشنامه از شیوه روایی محتوایی استفاده شد به این صورت که پرسشنامه با توجه به منابع و کتب معتبر [۲، ۱۸، ۱۹] تهیه و پس از آن توسط ده نفر از افراد صاحب نظر بررسی شد و نظرات آنان در پرسشنامه اعمال گردیده و نهایتاً روایی آن تایید گردید. پایایی پرسشنامه مذکور نیز از طریق روش آزمون آلفا کرونباخ بر روی ۴۰ نفر از مادرانی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند سنجیده شد که مقدار آن برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ بدست آمد. بر اساس نتایج پرسشنامه مذکور که در واقع نیاز سنجی آموزشی بود محتوی آموزشی لازم تهیه و تنظیم و روش آموزشی انتخاب شد و مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای گروه آزمون به روش سخنرانی، بحث

حدود سه برابر گروه شاهد بود (جدول شماره ۳). جهت تعدیل اثر میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله و مقایسه دو گروه آزمون و کنترل در پایان مداخله، آنالیز کوواریانس به منظور تأیید نتایج فوق انجام شد. همچنین با توجه به اینکه سن کودک در دو گروه آزمون و کنترل همسان نبود به صورت متغیر همراه در آنالیز کوواریانس وارد شد. طبق نتایج با تعدیل اثر نمره قبل از مداخله و همچنین تعدیل اثر سن کودک باز هم اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و کنترل در پایان مطالعه مشاهده گردید. بین میانگین نمرات خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر کودکان کمتر از پنج سال با استفاده از آزمون تی زوج قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$) اما در گروه کنترل تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۴).

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک کمی مادران و کودکان در گروه های آزمون و کنترل

P Value	کنترل		آزمون		متغیر-گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۸	۶/۰۵	۲۸/۲	۴/۹	۲۷/۹	سن مادران
۰/۰۲	۱۷/۱۸	۱۸/۴۵	۱۱/۰۲	۱۲/۴۱	سن کودکان(ماه)
۰/۰۷	۳/۹۶	۹/۷۳	۲/۷	۸/۵۷	وزن کودکان
۰/۱۲	۱۶/۱۹	۷۶/۴۷	۱۲/۹۳	۷۲/۲	قد کودکان
۰/۵۱	۰/۷۸	۱/۵۸	۰/۷۶	۱/۶۸	رتبه تولد کودک

جدول ۲: مقایسه مشخصات دموگرافیک کیفی مادران و کودکان در گروه های آزمون و کنترل

P value	کنترل درصد	تعداد	آزمون درصد	تعداد	متغیر-گروه
۱					شغل مادران
	۹۶/۷	۵۸	۹۶/۴	۵۴	خانه دار
	۳/۳	۲	۳/۶	۲	شاغل
۰/۵۵					تحصیلات مادران
	۱۰	۶	۱۷/۹	۱۰	ابتدایی
	۲۱/۷	۱۳	۱۶/۱	۹	راهنمایی
	۵۰	۳۰	۴۴/۶	۲۵	متوسطه
	۱۸/۳	۱۱	۲۱/۴	۱۲	دانشگاهی
۰/۱۶					وضعیت اقتصادی خانواده
	۴۳/۳	۲۶	۲۸/۶	۱۶	پایین
	۵۶/۷	۳۴	۶۹/۶	۳۹	متوسط
	۰	۰	۱/۸	۱	بالا
۰/۰۹					جنس کودک
	۶۰	۳۶	۴۲/۹	۲۴	دختر
	۴۰	۲۴	۵۷/۱	۳۲	پسر
۰/۶۷					سابقه بیماری خاص
	۳/۳	۲	۵/۴	۳	دارد
	۹۶/۷	۵۸	۹۴/۶	۵۳	ندارد
۰/۶۲					سابقه مشاهده نشانه خطر در کودک توسط مادر
	۱۵	۹	۱۹/۶	۱۱	دارد
	۸۵	۵۱	۸۰/۴	۴۵	ندارد

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کل خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر کودکان کمتر از پنج سال قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون و کنترل				
P value Paired T-test	تغییرات نمره قبل و بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار	قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار	زمان بررسی متغیر - گروه
> ۰/۰۰۱	۱۵/۷۷ ± ۷/۰۷	۸۲/۹۱ ± ۵/۶۳	۶۷/۱۴ ± ۵/۹۶	
> ۰/۰۰۱	۵/۵۵ ± ۵/۴۷	۷۴/۵ ± ۴/۹۸	۶۸/۹۴ ± ۵/۹	
		> ۰/۰۰۱	۰/۱	

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات ابعاد خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر کودکان کمتر از پنج سال قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون و کنترل						
P	کنترل		P	آزمون		عبارات خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر
	بعد از مداخله	قبل از مداخله		بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۰/۶۵۹	۳/۴ ± ۰/۸۵	۳/۳۵ ± ۰/۹۹	۰/۰۰	۴/۱۴ ± ۰/۴۴	۳/۳۲ ± ۰/۹۲	من با وجود کار زیاد میتوانم در کلاس های آموزشی جهت آگاهی از نشانه های خطر در کودکان شرکت کنم.
۰/۸۷۴	۳/۸۵ ± ۰/۵۶	۳/۸۷ ± ۰/۱۸	۰/۰۰	۴/۱۸ ± ۰/۴۷	۳/۷ ± ۰/۷۴	من با وجود وقت کم میتوانم در خصوص نشانه های خطر در کودکان مطالعه کنم
۱	۳/۲۳ ± ۰/۷۲	۳/۲۳ ± ۰/۸۸	۰/۰۰	۴ ± ۰/۱۹	۲/۸ ± ۰/۸۲	من میتوانم نشانه های خطر در کودکان کمتر از دو ماه را تشخیص دهم
۰/۸۲۷	۳/۳۷ ± ۰/۶۶	۳/۳۸ ± ۰/۷۲	۰/۰۰	۳/۹۸ ± ۰/۱۳	۲/۸۹ ± ۰/۷۸	من میتوانم نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال را تشخیص دهم.
۰/۷۶۶	۳/۸۵ ± ۰/۳۶	۳/۸۷ ± ۰/۴۷	۰/۰۰	۴/۱۳ ± ۰/۳۳	۳/۷۷ ± ۰/۵۷	من با توجه به مشکلات میتوانم نحوه مراقبت از نشانه های خطر را یاد بگیرم
۰/۳۷۶	۳/۸۲ ± ۰/۴۳	۳/۸۸ ± ۰/۵۶	۰/۰۰	۴/۱۳ ± ۰/۳۸	۳/۵۷ ± ۰/۸۵	من میتوانم از کودک دارای نشانه خطر مراقبت کنم
۰/۰۳۹	۳/۵۲ ± ۰/۵۷	۳/۳۲ ± ۰/۶۶	۰/۰۰	۴/۰۵ ± ۰/۳	۳/۲۵ ± ۰/۷۹	من میتوانم علایم تنفس مشکل کودک را تشخیص دهم
۰/۶۵۹	۳/۹ ± ۰/۳۵	۳/۸۸ ± ۰/۴۶	۰/۰۰۱	۴/۱۸ ± ۰/۳۹	۳/۸۸ ± ۰/۵۱	من میتوانم تب کودک را تشخیص دهم
۰/۵۹۷	۳/۹۳ ± ۰/۴۱	۳/۹۷ ± ۰/۲۶	۰/۰۰	۴/۸۶ ± ۰/۳۵	۳/۸۸ ± ۰/۵۷	من میتوانم طبق دستور پزشک (مرکز بهداشتی و درمانی) تب کودک را کنترل کنم
۰/۴۸۴	۳/۹۷ ± ۰/۱۸	۴ ± ۰/۳۲	۰/۰۰۳	۴/۲۵ ± ۰/۴۴	۳/۹۸ ± ۰/۵۶	من میتوانم در صورت وجود نشانه خطر در کودک او را به موقع به پزشک (مرکز بهداشتی و درمانی) برسانم
۰/۳۷	۳/۹۵ ± ۰/۲۹	۴ ± ۰/۳۲	۰/۰۰۱	۴/۲۷ ± ۰/۴۵	۴/۰۷ ± ۰/۴۲	من میتوانم داروهای کودک دارای نشانه خطر را طبق نظر پزشک (مرکز بهداشتی و درمانی) به او بدهم
۰/۳۷	۳/۹۵ ± ۰/۲۹	۴ ± ۰/۳۲	۰/۰۰۱	۴/۲۷ ± ۰/۴۵	۴/۰۷ ± ۰/۴۲	من میتوانم کودک دارای نشانه خطر را طبق توصیه پزشک (مرکز بهداشتی و درمانی) تغذیه کنم

بحث

لذا نتایج این مطالعه با سایر مطالعات مشابه مقایسه می گردد. این مطالعه مداخله ایی کارآزمایی آموزشی برای تعیین تأثیر برنامه آموزشی طراحی شده بر خودکارآمدی مادران شهر اراک در خصوص نشانه های خطر کودکان در دو گروه آزمون و کنترل صورت گرفت. در این مطالعه نمونه ها از لحاظ مشخصات دموگرافیک از

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان کمتر از پنج سال شهر اراک انجام شد. با توجه به این که پژوهشی در زمینه نشانه های خطر در کودکان یافت نشد، مقایسه نتایج به شکل گسترده و مناسب مقذور نگردید

تفاوت معنی داری وجود دارد اما این تفاوت در گروه آزمون بیشتر بود لذا بیان کننده این واقعیت است که مداخلات مدل محور با روش های آموزشی مؤثر از کارآیی بالایی برخوردارند.

در این زمینه مطالعه کسلر (۲۰۱۲) نیز بر روی زنان هندی منجر به افزایش خودکارآمدی برای ارتقاء غربالگری سرطان پستان شده بود [۲۹]. در مطالعات مختلف رابطه مثبت و معنی دار بین خودکارآمدی و افزایش احتمال اتخاذ رفتار پیشگیری کننده ثابت شده است [۳۰، ۳۱]. که نشان دهنده آن است که ارتقا خودکارآمدی تاثیر زیادی بر اخذ رفتارهای بهداشتی دارد که نیازمند آموزش می باشد.

در مطالعه ای (۲۰۰۹) با عنوان اصلاح رفتار مراقبت فوری مادران در مورد علائم خطر کودکان از طریق یک مداخله اجتماعی در لوزاکا زامبیا بیان شد که تعداد زیادی از مرگ کودکان کشورهای در حال توسعه ناشی از به تاخیر انداختن مراقبت توسط خانواده ها است اما کوشش های اجتماعی مراقبت های ادغام یافته اطفال که توسط یونیسکو و WHO توسعه یافته بی نتیجه است. در این مطالعه در مورد اهمیت نشانه های خطر و عملکرد مراقبت فوری از طریق مداخله اجتماعی با برنامه پیش رشد مثبت در نواحی سطح پایین لوزاکا زامبیا آموزش داده شد. و در پایان بیان شد که برنامه آموزش نشانه های خطر می تواند مراقبت مادران را در بیماری های شدید کودکان بهبود دهد [۳۲].

از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر می توان به محدودیت پژوهش در خصوص نشانه های خطر در کودکان مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی برای مقایسه بیشتر نتایج اشاره نمود و همچنین در این مطالعه جمع آوری اطلاعات به شیوه خودگزارشی می باشد که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، مداخله آموزشی باعث ارتقاء نمره خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شد که بیان کننده تاثیر مثبت آموزش می باشد، لذا برای طراحی برنامه های آموزشی باید از مداخلات مدل و تئوری محور با روش های آموزشی مؤثر استفاده نمود. با توجه به اینکه در دنیای امروز روش های قدیمی آموزش جای خود را به روش های جدید می دهند بهتر است ما نیز در مراکز بهداشتی درمانی از روش های نوین آموزشی استفاده نمایم. امید است با انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و آموزش مادران در خصوص نشانه های خطر گام مؤثری در پرورش کودکان سالم برداریم.

قبیل، سن، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و غیره در گروه های آزمون و کنترل همسان بوده و تفاوت معنی داری نداشتند. فقط متغیر سن کودک در دو گروه آزمون و کنترل معنی دار شد که در این مطالعه جزء متغیرهای مخدوش کننده نمی باشند. مداخله آموزشی طی دو جلسه انجام شد، که نتایج مطالعه حاضر بیانگر افزایش میانگین نمره خودکارآمدی مادران در خصوص نشانه های خطر در کودکان در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بود.

به عقیده محققان داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام یک رفتار کافی نیست بلکه طرز تفکر و نگرش افراد عامل مهمی در انجام دادن یا انجام ندادن یک رفتار می باشد [۲۰، ۲۱]. بر اساس نظر پژوهشگران احساس خودکارآمدی در اثر تحمل چالش ها و انجام متوالی و گام به گام رفتار، در افراد شکل می گیرد [۱۰].

نتایج مطالعه حاضر بیان کننده افزایش معنی داری در میانگین نمره خودکارآمدی نسبت به قبل از مداخله آموزشی بود که همسو با این نتایج در مطالعه حیدری (۱۳۸۷) بعد از مداخله آموزشی، خودکارآمدی نوجوانان دیابتی افزایش یافت [۲۲، ۲۳]. آموزش بر ارتقا خودکارآمدی رفتارهای تغذیه ای دانش آموزان تاثیر مثبت دارد لذا لزوم وجود مداخلات آموزشی جهت ارتقا خودکارآمدی در زمینه های مختلف بهداشتی و پیشگیری ضروری می باشد [۲۴]. برنامه آموزشی پیشگیری از پوکی استخوان بر خودکارآمدی نوجوانان تاثیر معنی داری داشت [۷]. مطالعه GHorban [۲۵] و مطالعات Vi Ho و Wood در زمینه افزایش خودکارآمدی زنان و انجام خودآزمایی سرطان سینه ارتباط معنی داری داشته است [۲۶، ۲۷]. مطالعه کوزینیو و همکاران در سال ۲۰۰۸ نیز افزایش خودکارآمدی زنان ناباور را به دنبال آموزشهای حمایتی و روانی از طریق اینترنت نشان داده بود [۲۸]. یافته های مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر همخوان می باشد.

سجادی و شمسی (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی با عنوان "بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در خصوص تشنج ناشی از تب در کودکان" نشان دادند که هر چه نگرش مادران در زمینه فواید درک شده جهت پیشگیری از تشنج ناشی از تب افزایش یابد عملکرد در زمینه پیشگیری از تشنج ناشی از تب بیشتر می شود [۱۷].

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که در گروه کنترل نیز بین میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش

بهداشت با شماره مصوب ۱۰۰۱ مصوب در تاریخ ۹۲/۲/۱۳ مربوط به دانشجو خانم طاهره رضی در دانشگاه علوم پزشکی اراک می باشد بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی، کلیه اساتید و کارکنان این دانشگاه، مراکز بهداشتی درمانی تابعه و مادران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می داریم.

REFERENCES

- Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. [The Effect of Education based on Health Belief Model (HBM) on the Promotion of Mothers Behavior about Danger Signs in Children less than Five Years according to IMC(Integrated Management of children Illness)]. *Arak Univ Med Scie J*. 2015;18(7):34-45.
- 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.
- Haghpanah S. [Exampels of interventions designed to reduce infant mortality in other countries]. *J health mother baby* 2007;7:44-5.
- Kordi K. [Report of infant mortality in rural areas of Golestan]. *J health mother baby*. 2007;7:13-9.
- Shahraki V. [Causes mortality of children 1-59 month in Zabol city]. *Research Nursing Summer* 2009;5(17):6- 13.
- Sarhangi F. [Assess the educational needs of mothers with children under 6 years of upper respiratory and providing educational project]. *Kowsar Med J*. 1999;4(3):62-58.
- Kargar M, Jamali Moghadam N, Moattari M. [The Effect of Osteoporosis Prevention Education by Peers and Health personnel on Self-efficacy of Adolescents with Nephrotic Syndrome]. *Iran J Nurs*. 2013;26(81):44-5.
- Morovati sharifabad M, Rohanitonakaboni N. [Self care behaviors perceived self-efficacy in diabetic patients referred to yazd Diabetes Research center]. *Sci J Med Sci Uni Birjand*. 2007;15(4):91-100.
- Dai X, Dennis C. Translation and validation of the breastfeeding Self-Efficacy scale into chinese. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003;48(5):350-6. DOI: 10.1016/s1526-9523(03)00283-6
- Dennis CL. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation*. 1999;15(3):195-201. DOI: 10.1177/089033449901500303
- Perlman D, Lockwood P, editors. The Influence of the Sport Education Model on Physical Self-Efficacy. RESEARCH QUARTERLY FOR EXERCISE AND SPORT; 2010: AMER ALLIANCE HEALTH PHYS EDUC REC & DANCE 1900 ASSOCIATION DRIVE, RESTON, VA 22091 USA.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. *N J*. 2006.
- Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*. 2004;31(2):143-64. DOI: 10.1177/1090198104263660
- Mitchell SM, Henderson Jr AS, Turner L. Enhancing Exercise Behaviors: Application of Self Efficacy Concepts. *Alabama Uni Alabama*. 2010:1-5.
- HyderAbadi. [community health nursing textbook of (1,2,3) based on headline announced by the supreme planning council]. Tehran: Salemi pub; 2003.
- Peyman N, Heydarnia A, Ghofranipour F, kazemnezhad A, Aminshokravy F. [The assessment relationship between perceived self-efficacy and fertility behaviors of Iranian women undergoing fertility of therapeutic and health centers of mashhad city to reduce unwanted pregnancies]. *Fertility Infertility Quarterly*. 2006:78-90.
- Sajadi Hazveyee M, Shamsi M. [knowledge, attitude and practice of mothers trying to prevent febrile convulsion in children in Arak]. *J Urmia Nurs Midwifery Faculty* 2011;9(2):76-83.
- Klaygmn Robert M, Bahrman Richard A, Jensen Hal B, Markdant Karen J. [Nlson Pediatrics University of Medical Sciences]. Tehran: Arjmand; 2006.
- Park J.E, Park K. Preventive and Social Medicine. Tehran: Samat; 2010.
- Khadijeh K-F, Iraj Z, Zahra J, Mahnaz S. Effectiveness of Education Based on the Health Belief Model on Performing Preventive Measures for Breast Cancer Among Female Teachers in Zahedan. *Journal of Education and Community Health*. 2014;1(1):11-8. DOI: 10.20286/jech-010111
- Karbandi S, Hosseini S, Masoudi R, Mamori G. [The effect of relaxation training on breastfeeding self-efficacy of mothers with preterm infants: A randomized clinical trial]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014;3(2):37-45.
22. Rafiifar Rafii Farr S, Atarzadeh M, Ahmadzad M. [Systematic empowerment of people to take care of your health]. 2005.
- Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. [The effect of empowerment model on quality oflife of Diabetic adolescents]. *Iranian J Ped*. 2007;17(1):87-94.
- Safavi M, yahyavi H, Porrahimi M. [The effect of nutrition education on self middle-school students in Kerma in 2009]. *J Nurs Midwifery*. 2011;11:41-50.
- GHorban sbagh M, KHanjani N, Iranpor A. [Empowering women through education BSE Kerman city health home health workers in attendance]. *J Breast Dis*. 2014;7(1):34-41.
- Ho T-V. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American women. *Texas Woman Uni*. 2006;30(2):31-8.
- Wood RY. Breast self-examination proficiency in older women: measuring the efficacy of video self-instruction kits. *Cancer Nursing*. 1996;19(6):429-36. DOI: 10.1097/00002820-199612000-00003
- Cousineau T, Domar A. [The Benefit of Psychological Interventions for Female Infertility Patients]. *Infertil Assist Reprod*. 2008;24:53-4.
- Kessler TA. Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(1):61-8. DOI: 10.1188/12.ONE.61-68 PMID: 22201656
- Karimy M, Montazeri A, Araban M. [The effect of an educational program based on health beliefmodel on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis]. *Arak Med Uni J*. 2012;14(6):85-94.
- Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. *Health Care Women Int*. 1997;18(3):251-62. DOI: 10.1080/07399339709516279 PMID: 9256672
- Fujino Y, Sasaki S, Igarashi K, Tanabe N, Muleya C, Tambatamba B, et al. Improvement in mothers immediate care-seeking behaviors for childrens danger signs through a community -based intervention in Lusaka Zambia. *J Eexp Med*. 2009;217:73-85.

Education and Self-efficacy of Mothers Regarding Alerting Signs in Children Less than Five Years in Arak, Iran

Tahereh Razi ¹, Mohsen Shamsi ^{2,*}, Mahboobeh Khorsandi ³,
Nasrin Roozbehani ², Mehdi Ranjbaran ⁴

¹ Student of Master Science in Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴ Instructor in Epidemiology, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

* Corresponding author: Mohsen Shamsi, Department of Public Health, Director of Public Health Group, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Tel: -98+8614173502. Fax: 8614173526-98+. E-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

DOI: 10.20286/nmj-24015

Received: 22.02.2016

Accepted: 04.04.2016

Keywords:

Danger
Self-Efficacy
Child
Education

How to Cite this Article:

Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. Education and Self-efficacy of Mothers Regarding Alerting Signs in Children Less than Five Years in Arak, Iran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(1):1-8. DOI: 10.20286/nmj-24015.

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Many ill children have symptoms and signs, some of which are dangerous. Therefore, the aim of this study was to assess the effect of education on self-efficacy of mothers about alerting signs in children less than five years.

Methods: This interventional, semi-experimental study was conducted on 116 mothers with children under five years old, referring for treatment to six health centers in Arak, Iran. Data was collected using multistage sampling, with the completion of a researcher-made valid and reliable questionnaire together with interviews. Then, based on this questionnaire, results that was training needs assessment selected educational ways and designed educational program. Educational intervention in the case group was established during the four learning sessions and was conducted posttest by questionnaire completion, three months after the educational intervention. Finally, data were analyzed by SPSS software in significance level of $P < 0.05$.

Results: Findings showed that the average scores of mothers' self-efficacy in intervention and control groups did not have a meaningful relationship before the intervention, using independent t-test ($P > 0.05$), but there was a meaningful relationship between them after the intervention by paired t-test ($P < 0.001$). This difference in the intervention group was three times more.

Conclusions: Based on the results of this study, educational intervention on initial assessment was effective in improving mothers' self-efficacy about alerting signs in children, and helpful training programs can be designed based on that.