**مقاله پژوهشی**
**مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**
**دوره ۱۶، فروردین ۱۳۹۶، ۳۰-۱۷**

# نگرش زنان شهر جیرفت در مورد پیشگیری از حوادث خانگی در کودکان زیر ۵ سال با استفاده از تئوری انگیزش محافظت در سال ۱۳۹۴

**طاهره رحیمی[۱]، رضا فاریابی[۲]، عباس جوادی[۳]، ثاراله شجاعی[۴]**

**دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۹۵/۱۰/۲۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۱۲/۹ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۱۱**

**چکیده**

**زمینه و هدف:** نگرش مادران نسبت به امکان وقوع حادثه و اقدامات پیشگیرانه ناشی از آن می‌تواند آسیب‌دیدگی کودکان را تحت تأثیر خود قرار دهد. نظریه‌ها و سازه‌های روان‌شناختی امکان توضیح چگونگی تأثیر نگرش افراد در تصمیم‌گیری برای اتخاذ رفتار بهداشتی را فراهم می‌آورد. مطالعه حاضر به بررسی نگرش زنان شهر جیرفت در مورد پیشگیری از حوادث خانگی در کودکان زیر ۵ سال با استفاده از تئوری انگیزش محافظت در سال ۱۳۹۴ پرداخته است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، ۲۰۴ زن دارای کودک زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر جیرفت شرکت داشتند. نمونه‌گیری با روش خوشه‌ای تصادفی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس تئوری انگیزش محافظت بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی برای توزیع فراوانی پاسخگویی به سؤالات و آنالیز واریانس یک‌طرفه و t مستقل برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و انگیزش محافظت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** دامنه سنی مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۱۶ تا ۴۹ سال بود. سابقه حوادث خانگی در ۲۲/۵ درصد از کودکان مشارکت‌کنندگان گزارش شد. ۷۰/۶ درصد از مادران بیشتر از شش ماه بود که اقدامات ایمنی را در خانه انجام می‌دادند. در فرایندهای ارزیابی تهدید، مهم‌ترین نگرش مادران مرتبط با ترس از رخداد سوانح خانگی (۴۶/۶ درصد) و در فرایندهای ارزیابی کنار آمدن در زمینه سؤالات مرتبط با خودکارآمدی درک‌شده (۵۱/۹ درصد) عنوان شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد افزایش احساس ترس و باور به خودکارآمدی در مادران نقش بیشتری در انگیزش محافظت از حوادث خانگی دارد و می‌تواند به عنوان یک استراتژی مناسب در برنامه‌ریزی مداخلات ارتقاء سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** نگرش، پیشگیری، حوادث خانگی، تئوری انگیزش محافظت، جیرفت

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- (نویسنده مسئول) دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

تلفن: ۰۳۴-۴۳۳۱۰۹۶۸، دورنگار: ۰۳۴-۴۳۳۱۰۹۱۶، پست الکترونیکی: r.faryabi@jmu.ac.ir

۳- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۴- دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، معاونت آموزشی مرکز آموزشی- درمانی نکویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

## مقدمه

در حال حاضر آسیب‌های دوران کودکی به یک مشکل بهداشت عمومی جهانی مهم تبدیل شده است که بار اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم ناشی از ابتلا و مرگ‌ومیر زودرس کودکان را برای تمام کشورها به همراه دارد [۱]. خانه مکانی است که در آن کودکان بیشترین وقت خود را صرف می‌کنند و بسیاری از آسیب‌های مرتبط با سنین کودکی در محیط خانه اتفاق می‌افتد [۲]. بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد در ایالات متحده سالانه ۲۸۰۰ کودک به علت صدمات خانگی جان خود را از دست می‌دهند. چهار میلیون کودک در نتیجه این حوادث از خدمات اورژانس و ۱۳ میلیون کودک حداقل یک بار از خدمات سرپایی درمانی به علت آسیب‌های ناشی از حوادث خانگی استفاده می‌کنند. همچنین تعداد کودکان بستری در بیمارستان در نتیجه سوانح خانگی ۷۴ هزار نفر در سال گزارش شده است [۴-۳].

بیشتر صدمات خانگی در کودکان زیر ۵ سال ناشی از سقوط، سوختگی با آب جوش و مسمومیت می‌باشد که در کشورهای با درآمد کم و متوسط نسبت به کشورهای با درآمد بالا با توجه به نوع آسیب از شیوع بیشتری برخوردار است. برای مثال، میزان مرگ‌ومیر ناشی از سوختگی در کشورهای کم‌درآمد تقریباً ۱۱ برابر بیشتر از کشورهای با درآمد بالاست. این میزان برای غرق‌شدگی شش برابر، برای مسمومیت چهار برابر و در مورد سقوط حدود شش برابر بیشتر از کشورهای با درآمد بالا گزارش شده است [۷-۵]. نتایج یک مطالعه در ایران میزان صدمات گزارش‌شده ناشی از حوادث خانگی را در ۱۱ درصد موارد شدید، ۳۹ درصد متوسط و ۴۹ درصد خفیف نشان می‌دهد. در این بررسی، سقوط در ۳۵ درصد از موارد حوادث خانگی به عنوان اولین علت حادثه در کودکان زیر ۵ سال شناخته شد [۸].

عوامل گوناگونی بر ایجاد رفتار حادثه‌خیز در خانه تأثیرگذار است که از جمله آن می‌توان به سن و جنس کودک، وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده، تحصیلات والدین، سن مادر، مجرد بودن مادر، بعد خانوار، بیکاری، سوءمصرف مواد و نظارت ناکافی والدین اشاره نمود [۱۴-۹]. Hatamabadi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که عدم حضور مادر حداقل ۸ ساعت در روز و دارا بودن سه فرزند از موانع اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از سوانح خانگی است و آگاهی مناسب مادر از اقدامات پیشگیرانه، منجر به اتخاذ رفتار می‌شود [۱۵].

همچنین شواهد علمی نشان می‌دهد که اعتقادات و ادراکات والدین نسبت به امکان وقوع حادثه، آسیب‌دیدگی کودکان و یا تلاش برای پیشگیری از آن را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد [۱۶]. یافته‌های مطالعه Al Mutairi و همکاران نشان داد میزان ادراکات والدین در مورد خطر سقوط در خانه (۳۳/۹ درصد)، بلع مواد سمی (۵/۷ درصد)، سوختگی (۱۵/۷ درصد)، غرق‌شدگی (۸/۱ درصد)، افتادن از رورو‌ئک (۱۹/۱ درصد) و خطر سقوط تلویزیون (۶/۹ درصد) بود که این ادراکات با رفتارهای پیشگیرانه ارتباط معنی‌داری نشان داد [۱۷].

انواع نظریه‌ها و سازه‌های روان‌شناختی برای توضیح چگونگی تأثیر باورها و اعتقادات در رابطه با تصمیمات فرد در مورد رفتارهای بهداشتی وجود دارند. تئوری انگیزش محافظت یکی از الگوها و تئوری‌های مناسب جهت

رفتارهای پیشگیرانه مرتبط با سلامتی محسوب می‌شود. تئوری انگیزش محافظت در ابتدا در سال ۱۹۷۵ توسط Rogers مطرح شد. این تئوری برای ایجاد انگیزش محافظت، دو فرایند میانجی شناختی، ارزیابی تهدید و ارزیابی کنار آمدن را توضیح می‌دهد. بدین معنی که برای اینکه انگیزش محافظت فراخوانده شود، شدت درک‌شده و آسیب‌پذیری باید بر پاداش‌های پاسخ ناسازگارانه (عدم حفاظت) غلبه کند و همچنین خودکارآمدی درک‌شده و کارآمدی پاسخ درک‌شده باید بر هزینه‌های پاسخ سازگارانه (محافظت) غلبه کند. انگیزش محافظت به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بین مراحل ارزیابی تهدید، ارزیابی کنار آمدن و رفتار پیشگیری‌کننده یا حفاظت‌کننده است [۱۹-۱۸].

طبق بررسی‌های علمی انجام‌شده توسط محققین این مطالعه، مطالعات انجام‌گرفته پیرامون سوانح خانگی در کشورمان یا تنها به بررسی شیوع سوانح خانگی پرداخته‌اند و یا عوامل محدودی را در ارتباط با سوانح خانگی مورد بررسی قرار داده‌اند که از مبانی نظری برخوردار نمی‌باشند [۱۵، ۸]. تنها مطالعات اندکی در این زمینه وجود دارند که به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های سوانح خانگی با استفاده از نظریه‌ها و الگوهای مرتبط پرداخته‌اند که این مطالعات نیز دارای اطلاعات توصیفی خاصی در مورد نقش نگرش و باور مادران در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و محافظتی نمی‌باشند [۲۱-۲۰]. بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی نگرش زنان شهر جیرفت در مورد پیشگیری از حوادث خانگی در کودکان زیر ۵ سال، با استفاده از تئوری انگیزش محافظت، انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی است که بر روی مادران دارای کودک زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است. با استفاده از انحراف معیار انگیزش محافظت (۰/۳۵) در یک مطالعه اولیه (که بر روی ۲۵ نفر از جمعیت مشابه گروه هدف صورت گرفت) و با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد و دقت آزمون ۰/۰۵، با استفاده از فرمول ( $n= Z^2 \sigma^2/d^2$) حجم نمونه ۱۸۴ در نظر گرفته شد که با احتمال حدود ۱۰ درصد عدم پاسخگویی، در مجموع ۲۰۴ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری با استفاده از روش خوشه‌ای تصادفی بود؛ به این صورت که ابتدا ۳ مرکز بهداشتی درمانی به‌صورت تصادفی از بین ۷ مرکز بهداشتی درمانی شهر جیرفت، به عنوان ۳ خوشه انتخاب شدند. سپس از میان پرونده‌های بهداشتی مادران دارای کودک زیر ۵ سال در مراکز منتخب، در هر مرکز ۶۸ پرونده به‌طور تصادفی از روی جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و در مجموع ۲۰۴ نفر وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سواد خواندن و نوشتن، سکونت در شهر جیرفت، داشتن حداقل یک کودک زیر ۵ سال و تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه شامل عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسشنامه بود.

گردآوری داده‌ها توسط یک پرسشنامه محقق‌ساخته صورت گرفت. جهت طراحی ابزار، یک جستجوی دقیق در مقالات و پایگاه‌های اطلاع‌رسانی علمی انجام شد و مطالعات مرتبط با سوانح خانگی و تئوری انگیزش محافظت جمع‌آوری و مورد مطالعه قرار گرفت. در نهایت،

یک پرسشنامه شامل ۲ بخش طراحی شد. بخش اول حاوی مشخصات دموگرافیک (شامل سن، شغل، شغل همسر، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، تعداد فرزندان، جنس کودک زیر ۵ سال، سابقه حوادث خانگی در گذشته و نوع آن) و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سازه‌های تئوری انگیزش محافظت بود که شامل سؤالات فرایندهای ارزیابی تهدید با ۱۵ آیتم شامل آسیب‌پذیری درک‌شده (سؤالات ۱ تا ۷)، شدت درک‌شده (سؤالات ۸ تا ۱۰)، و پاداش‌های درک‌شده (سؤالات ۱۱ و ۱۲)، ترس (سؤالات ۱۳ تا ۱۵) و فرایندهای ارزیابی کنار آمدن با ۱۶ آیتم شامل خودکارآمدی درک‌شده (سؤالات ۱۶ تا ۲۳)، هزینه‌های پاسخ (سؤالات ۲۴ تا ۲۷) و کارآمدی پاسخ درک‌شده (سؤالات ۲۸ تا ۳۱) بود. امتیازدهی به سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ تایی از کاملاً مخالفم (۱ امتیاز)، مخالفم (۲ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)، موافقم (۴ امتیاز) و کاملاً موافقم (۵ امتیاز) بود. همچنین سازه انگیزش محافظت با یک سؤال (آیا تاکنون به اقداماتی برای پیشگیری از ایجاد حوادث خانگی برای کودکتان فکر کرده‌اید؟) که قصد مادران را در زمینه اقدامات پیشگیری‌کننده از ایجاد حوادث خانگی می‌سنجید، ارزیابی شد.

اعتبار پرسشنامه از طریق سنجش شاخص‌های روایی محتوی و با استفاده از نظرات حاصل از پانل متخصصین (۸ نفر متخصص آموزش بهداشت) انجام شد که اعداد به‌دست‌آمده برای نسبت روایی محتوی ( Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوی ( Content Validity Index)[۲۲]، به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ بود. جهت سنجش پایایی پرسشنامه نیز از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین منظور، پرسشنامه در اختیار ۲۵ نفر از مادران مشابه گروه هدف مطالعه قرار گرفت و در نهایت مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای سازه انگیزش محافظت ۰/۸۱، فرایندهای ارزیابی تهدید ۰/۷۸ و فرایندهای ارزیابی کنار آمدن ۰/۷۹ محاسبه شد.

در مرحله اجرا، پرسشگر در مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر جیرفت در سال ۱۳۹۴ حضور یافت و پرسشنامه در اختیار مادران قرار گرفت و مدت‌زمان کافی برای پاسخگویی به سؤالات در اختیار آنان قرار گرفت. ازآنجایی‌که شرکت در این مطالعه داوطلبانه بود از افراد شرکت‌کننده در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. در نهایت داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با روش‌های آماری توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی به سؤالات فرایندهای ارزیابی و آنالیز واریانس یک‌طرفه و t مستقل برای بررسی ارتباط بین سازه انگیزش محافظت و متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## نتایج

دامنه سنی مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۱۶ تا ۴۹ سال بود. ۱۷/۲ درصد مادران در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال، ۳۱/۴ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال، ۲۹/۹ درصد در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال و ۲۱/۶ درصد در گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر قرار داشتند. ۱۵۸ نفر از مادران (۷۷/۵ درصد) خانه‌دار و ۴۶ نفر (۲۲/۵ درصد) کارمند بودند. شغل همسر زنان شرکت‌کننده در ۳۰/۴ درصد موارد

کارمند، ۱۲/۲ درصد کارگر و ۵۷/۴ درصد شغل آزاد گزارش شد. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان ۴۶/۱ درصد دانشگاهی، ۳۸/۲ درصد دیپلم و ۱۵/۷ درصد زیر دیپلم بود. در مورد تحصیلات همسر در ۴۳/۱ درصد مقطع دیپلم، ۳۳/۴ درصد دانشگاهی ۲۳/۵ درصد زیر دیپلم عنوان شد. ۵۰ درصد از فرزندان شرکت‌کنندگان دختر و ۵۰ درصد پسر بودند. ۲۲/۵ درصد از مشارکت‌کنندگان سابقه حادثه خانگی را در فرزندشان گزارش نمودند که ۳۶/۹ درصد سوختگی با مایعات داغ و چای، ۱۷/۴ درصد سوختگی ناشی از وسایل حرارتی مثل بخاری یا اجاق‌گاز، ۱۵/۲ درصد سقوط از پله، ۱۰/۹ درصد مسمومیت با دارو، ۶/۵ درصد مسمومیت با مواد شوینده و ۲/۲ درصد خفگی در آب به عنوان علت حادثه خانگی در گذشته گزارش شد (جدول ۱).

***جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی در مادران دارای کودک زیر ۵ سال شهر جیرفت در مورد سابقه و نوع سوانح خانگی در گذشته در سال ۱۳۹۴***

| متغیر | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| سابقه وقوع حادثه خانگی در گذشته | دارد | ۴۶ | ۲۲/۵ |
| | ندارد | ۱۶۲ | ۷۵/۵ |
| نوع حادثه خانگی در گذشته | مسمومیت با دارو | ۵ | ۱۰/۹ |
| | مسمومیت با مواد شوینده | ۳ | ۶/۵ |
| | سوختگی ناشی از مایعات داغ و چای | ۱۷ | ۳۶/۹ |
| | سوختگی ناشی از وسایل حرارتی مثل بخاری یا اجاق‌گاز | ۸ | ۱۷/۴ |
| | سقوط از پله | ۷ | ۱۵/۲ |
| | بریدگی با چاقو، قیچی و سایر وسایل تیز | ۵ | ۱۰/۹ |
| | خفگی در آب | ۱ | ۲/۲ |

در مورد انگیزش محافظت، مشارکت‌کنندگان برای پیشگیری از حوادث خانگی ۷۰/۶ درصد از آنان بیشتر از شش ماه و ۱۷/۱ درصد کمتر از شش ماه بود که اقدامات ایمنی را در خانه انجام می‌دادند. ۹/۸ درصد مادران تصمیم داشتند که در ماه آینده و ۲/۵ درصد در شش ماه آینده این اقدام را برای پیشگیری از ایجاد حادثه در کودکان زیر ۵ سال انجام دهند (جدول ۲).

طبق آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین میانگین نمره انگیزش محافظت و سطوح مختلف سنی مادران (p=۰/۳۶۲)، شغل (p=۰/۵۷۲)، سطح تحصیلات (p=۰/۵۴۷) و سطح تحصیلات همسر (p=۰/۱۹۶) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. درحالی‌که بین نمره انگیزش محافظت و شغل همسران آنها ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (p=۰/۰۱۷). همچنین نتایج آزمون t مستقل بین میانگین نمره انگیزش محافظت در دو جنس دختر و پسر (p=۰/۱۹۲) و سابقه حوادث خانگی در گذشته (p=۰/۲۹۶) ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد.

***جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی مادران دارای کودک زیر ۵ سال شهر جیرفت در مورد قصد پیشگیری از حوادث خانگی در سال ۱۳۹۴***

| آیا تاکنون به اقداماتی برای پیشگیری از ایجاد حوادث خانگی برای کودکتان فکر کرده‌اید؟ | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| ۱. بله و بیشتر از شش ماه است که رفتارهای ایمنی در خانه را رعایت می‌کنم | ۱۴۴ | ۷۰/۶ |
| ۲. بله و کمتر از شش ماه است که رفتارهای ایمنی در خانه را رعایت می‌کنم | ۳۵ | ۱۷/۱ |
| ۳. خیر ولی تصمیم دارم از ماه آینده رفتارهای ایمنی در خانه را رعایت کنم | ۲۰ | ۹/۸ |
| ۴. خیر ولی تصمیم دارم در ۶ ماه آینده رفتارهای ایمنی در خانه را رعایت کنم | ۵ | ۲/۵ |
| ۵. خیر و تصمیم ندارم رفتارهای ایمنی در خانه را رعایت کنم | ۰ | ۰ |

***جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی مادران دارای کودک زیر ۵ سال شهر جیرفت به سؤالات فرایندهای ارزیابی تهدید و کنار آمدن در مورد حوادث خانگی در سال ۱۳۹۴***

| سؤالات فرایندهای ارزیابی تهدید | کاملاً مخالفم (درصد) تعداد | مخالفم (درصد) تعداد | نظری ندارم (درصد) تعداد | موافقم (درصد) تعداد | کاملاً موافقم (درصد) تعداد |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱. فرزند من هم در معرض خطر حوادث خانگی قرار دارد. | ۳۲ (۱۵/۷) | ۱۷ (۸/۳) | ۲۹ (۱۴/۲) | ۶۹ (۳۳/۸) | ۵۷ (۲۷/۹) |
| ۲. احتمال زیادی وجود دارد که فرزندم از پله‌ها سقوط کند. | ۳۸ (۱۸/۶) | ۲۷ (۱۳/۲) | ۳۱ (۱۵/۲) | ۶۰ (۲۹/۴) | ۴۸ (۲۳/۵) |
| ۳. احتمال دارد که فرزندم با مایعات داغ یا آب کتری بسوزد. | ۳۹ (۱۹/۱) | ۲۸ (۱۳/۷) | ۲۴ (۱۱/۸) | ۶۴ (۳۱/۴) | ۴۹ (۲۴) |
| ۴. احتمال دارد فرزند من هم با وسایل الکتریکی دچار برق‌گرفتگی شود. | ۳۹ (۱۹/۱) | ۲۵ (۱۲/۳) | ۲۹ (۱۴/۲) | ۵۸ (۲۸/۴) | ۵۳ (۲۶) |
| ۵. ممکن است کودک من در خانه دچار انواع سوختگی‌ها با وسایل گرمازا شود. | ۳۸ (۱۸/۶) | ۲۵ (۱۲/۳) | ۲۸ (۱۳/۷) | ۶۳ (۳۰/۹) | ۵۰ (۲۴/۵) |
| ۶. این احتمال وجود دارد که کودکم قرص یا شربت اشتباهی بخورد. | ۴۳ (۲۱/۱) | ۲۳ (۱۱/۳) | ۲۶ (۱۲/۷) | ۶۳ (۳۰/۹) | ۴۹ (۲۴) |
| ۷. احتمال خفگی کودک من بر اثر خوردن چیزهای غیرخوراکی وجود دارد. | ۴۰ (۱۹/۶) | ۲۸ (۱۳/۷) | ۲۶ (۱۲/۷) | ۶۰ (۲۹/۴) | ۵۰ (۲۴/۵) |
| ۸. مسمومیت با داروها یا مواد شوینده می‌تواند باعث آسیب جدی به فرزندم شود. | ۲۱ (۱۰/۳) | ۹ (۴/۴) | ۲۲ (۱۰/۸) | ۷۴ (۳۶/۳) | ۷۸ (۳۸/۲) |
| ۹. شوک ناشی از وسایل برقی ممکن است باعث مرگ کودکم شود. | ۲۰ (۹/۸) | ۱۰ (۴/۹) | ۲۶ (۱۲/۷) | ۶۸ (۳۳/۳) | ۸۰ (۳۹/۲) |
| ۱۰. هزینه‌های درمانی ناشی از صدمه کودکم با وسایل خطرناک خیلی گران است. | ۱۷ (۸/۳) | ۹ (۴/۴) | ۳۲ (۱۵/۷) | ۶۴ (۳۱/۴) | ۸۲ (۴۰/۲) |
| ۱۱. بازی با وسایل برقی باعث می‌شود حس کنجکاوی کودکم تأمین شود. | ۶۵ (۳۱/۹) | ۴۳ (۲۱/۱) | ۱۷ (۸/۳) | ۶۳ (۳۰/۹) | ۱۶ (۷/۸) |
| ۱۲. روبرو شدن با خطر کودکم را مقاوم‌تر بار می‌آورد. | ۶۸ (۳۳/۳) | ۴۴ (۲۱/۶) | ۲۶ (۱۲/۷) | ۵۲ (۲۵/۵) | ۱۴ (۶/۹) |
| ۱۳. فکر اینکه کودکم ممکن است مسموم شود من را نگران می‌کند. | ۱۹ (۹/۳) | ۱۰ (۴/۹) | ۲۱ (۱۰/۳) | ۹۲ (۴۵/۱) | ۶۲ (۳۰/۴) |
| ۱۴. از بازی کردن کودکم در محل‌های ناامن مانند راه‌پله وحشت دارم. | ۱۱ (۵/۴) | ۹ (۴/۴) | ۱۸ (۸/۸) | ۹۰ (۴۴/۱) | ۷۶ (۳۷/۳) |
| ۱۵. از نزدیک شدن کودکم به وسایل برنده و یا وسایل برقی مانند چرخ‌گوشت مضطرب می‌شوم. | ۱۲ (۵/۹) | ۴ (۲) | ۱۵ (۷/۴) | ۹۵ (۴۶/۶) | ۷۸ (۳۸/۲) |
| ۱۶. من می‌توانم از کودکم در برابر حوادث خانگی محافظت کنم. | ۱۵ (۷/۴) | ۷ (۳/۴) | ۱۳ (۶/۴) | ۱۰۳ (۵۰/۵) | ۶۶ (۳۲/۴) |
| ۱۷. من می‌توانم وسایل برقی را دور از دسترس کودکم قرار دهم. | ۱۲ (۵/۹) | ۱۰ (۴/۹) | ۱۲ (۵/۹) | ۱۰۱ (۴۹/۵) | ۶۹ (۳۳/۸) |
| ۱۸. من می‌توانم چاقو و اشیا نوک‌تیز را دور از دسترس کودکم قرار دهم. | ۹ (۴/۴) | ۸ (۳/۹) | ۱۵ (۷/۴) | ۱۰۲ (۵۰) | ۷۰ (۳۴/۳) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **۱۹. من چگونگی ایجاد محیط ایمن در خانه را می‌دانم.** | ۹ (۴/۴) | ۹ (۴/۴) | ۲۱ (۱۰/۳) | ۱۰۰ (۴۹/۱) | ۶۵ (۳۱/۸) |
| **۲۰. من مطمئن هستم که می‌توانم در خصوص رعایت ایمنی در خانه اطلاعات کسب کنم.** | ۸ (۳/۹) | ۴ (۲) | ۲۰ (۹/۸) | ۱۰۶ (۵۱/۹) | ۶۶ (۳۲/۴) |
| **۲۱. من می‌توانم مواد شوینده را در ظرف‌های دربسته و دور از دسترس کودکم قرار دهم.** | ۱۰ (۴/۹) | ۴ (۲) | ۱۱ (۵/۴) | ۱۰۵ (۵۱/۵) | ۷۴ (۳۶/۳) |
| **۲۲. من می‌توانم کبریت و فندک را در کابینت نگه‌داری کنم.** | ۹ (۴/۴) | ۹ (۴/۴) | ۷ (۳/۴) | ۹۸ (۴۸) | ۸۱ (۳۹/۷) |
| **۲۳. من می‌توانم داروهای پزشکی را در مکان امن و دور از دسترس کودکم قرار دهم.** | ۹ (۴/۴) | ۴ (۲) | ۹ (۴/۴) | ۱۰۲ (۵۰) | ۸۰ (۳۹/۲) |
| **۲۴. پنهان کردن مرتب وسایل خطرزا مانند فندک، کبریت و چیزهای برنده برایم سخت است.** | ۶۶ (۳۲/۴) | ۵۸ (۲۸/۴) | ۱۰ (۴/۹) | ۵۱ (۲۵) | ۱۹ (۹/۳) |
| **۲۵. من حوصله کافی برای اقدامات ایمنی در خانه را ندارم.** | ۷۳ (۳۵/۸) | ۵۹ (۲۸/۹) | ۱۸ (۸/۸) | ۳۷ (۱۸/۱) | ۱۷ (۸/۳) |
| **۲۶. من پول کافی برای ایمن ساختن محیط بازی کودکم ندارم.** | ۵۲ (۲۵/۵) | ۳۸ (۱۸/۶) | ۳۳ (۱۶/۲) | ۵۵ (۲۷) | ۲۶ (۱۲/۷) |
| **۲۷. مراقبت دائمی از کودکم که اتفاقی برایش نیفتد خیلی مشکل است.** | ۵۵ (۲۷) | ۳۷ (۱۸/۱) | ۲۰ (۹/۸) | ۶۷ (۳۲/۸) | ۲۵ (۱۲/۳) |
| **۲۸. دور نگه‌داشتن وسایل آسیب‌زا از فرزندم باعث جلوگیری از صدمات به او می‌شود.** | ۱۲ (۵/۹) | ۷ (۳/۴) | ۱۶ (۷/۸) | ۸۱ (۳۹/۷) | ۸۸ (۴۳/۱) |
| **۲۹. رعایت رفتارهای پیشگیرانه باعث سلامت جسمی و روانی فرزندم می‌شود.** | ۱۳ (۶/۴) | ۶ (۲/۹) | ۱۳ (۶/۴) | ۹۳ (۴۵/۶) | ۷۹ (۳۸/۷) |
| **۳۰. دور نگه‌داشتن وسایل خطرناک از کودکم باعث افزایش طول عمر او می‌شود.** | ۷ (۳/۴) | ۴ (۲) | ۱۹ (۹/۳) | ۸۶ (۴۲/۲) | ۸۸ (۴۳/۱) |
| **۳۱. انجام اقدامات ایمنی در خانه باعث کاهش هزینه‌های درمانی برای کودکم می‌شود.** | ۸ (۳/۹) | ۲ (۱) | ۱۶ (۷/۸) | ۸۷ (۴۲/۶) | ۹۱ (۴۴/۶) |

جدول ۳، توزیع فراوانی پاسخگویی مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی را در زمینه سؤالات ارزیابی تهدید و کنار آمدن در مورد حوادث خانگی نشان می‌دهد. طبق یافته‌های این جدول، در زمینه سؤالات ارزیابی تهدید، بیشتر مادران (۳۳/۸ درصد) بر این باور بودند که فرزند آنها نیز در معرض خطر حوادث خانگی قرار دارد. بیشترین نگرش مادران به آسیب‌پذیری فرزندانشان در مورد سوختگی با مایعات داغ یا آب جوش (۳۱/۴ درصد) و سپس به‌طور مساوی در مورد آسیب ناشی از وسایل گرمازا و مسمومیت با داروهای شیمیایی (۳۰/۹ درصد) بود. اکثر زنان شرکت‌کننده در مطالعه (۴۰/۲ درصد) اعتقاد داشتند که هزینه‌های درمانی ناشی از آسیب به کودکان بالا بوده و پس از آن در ۳۹/۲ درصد موارد بر این باور بودند که صدمه ناشی از وسایل الکتریکی برقی به حدی جدی است که می‌تواند باعث مرگ فرزند آنها شود. اکثریت مادران (۳۱/۹ درصد) تأمین حس کنجکاوی فرزندشان از طریق بازی با وسایل برقی را به عنوان پاداش عدم رعایت رفتارهای ایمنی قبول نداشتند،

اما ۳۰/۹ درصد آنها نیز موافق این باور بودند. بیشترین ترس مادران (۴۶/۶ درصد) در مورد تماس کودکشان با وسایل برنده مانند چرخ‌گوشت بود.

در زمینه سؤالات ارزیابی کنار آمدن بیشتر مادران (۵۱/۹ درصد) اعتقاد داشتند که می‌توانند اطلاعاتی راجع به چگونگی ایمن‌سازی محیط خانه برای کودک جمع‌آوری کنند. همچنین مهم‌ترین موانع یا هزینه‌های درک‌شده برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایجاد حوادث خانگی در مادران کودکان زیر ۵ سال شهر جیرفت به ترتیب سخت بودن مراقبت دائمی از کودک برای جلوگیری از رخداد حادثه (۳۲/۸ درصد) و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های ایجاد محیط ایمن (۲۷ درصد) عنوان شد. در مورد کارآمدی پاسخ یا منافع درک‌شده اقدام پیشگیرانه، اکثریت مادران (۴۴/۶ درصد) بر این باور بودند که انجام چنین رفتارهایی موجب کاهش هزینه‌های درمانی و سپس در ۴۳/۱ درصد موارد موجب جلوگیری از صدمات و افزایش طول عمر کودک می‌شود (جدول ۳).

## بحث

در مطالعه حاضر که بر روی مادران دارای کودک زیر ۵ سال شهر جیرفت صورت پذیرفت، سابقه حوادث خانگی در گذشته ۲۲/۵ درصد عنوان شد که سوختگی با مایعات داغ در ۳۶ درصد موارد به عنوان علت اصلی و پس از آن، سوختگی با وسایل حرارتی و سقوط از سایر عوامل مرتبط با ایجاد حادثه بودند. همچنین کمترین موارد ایجاد حادثه مربوط به خفگی در آب با ۲/۲ درصد موارد گزارش شد. در مطالعه انجام‌شده توسط Kamal پیرامون حوادث خانگی در کودکان زیر ۵ سال روستایی مصر، میزان حوادث خانگی در سال گذشته تقریباً مشابه با مطالعه حاضر بود به‌طوری‌که میزان حوادث خانگی در سال گذشته ۲۰/۶ درصد گزارش شد و شایع‌ترین علت آن در ۳۸ درصد موارد مرتبط با سوختگی و ۳۵/۳ درصد سقوط بود. همچنین کمترین علت رخداد سوانح با ۱/۶ درصد از موارد مرتبط با خفگی بود [۲۳].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۷۰ درصد مادران در گذشته اقدامات ایمنی در خانه را انجام می‌دادند. در مطالعه Beirens و همکاران که پیرامون ذخیره‌سازی ایمن مواد سمی مانند داروها و یا مواد شوینده به‌دوراز دسترس کودکان نوپا بود، مشخص شد که تنها ۴۹/۱ درصد از مادران این مواد را در جای مناسبی نگه‌داری می‌کردند. همچنین آنها عنوان کردند که مشارکت در رفتارهای ایمنی می‌تواند با میزان تحصیلات و شغل والدین در ارتباط باشد [۲۴] که در مطالعه حاضر چنین ارتباطی تنها با شغل پدر مشاهده شد و در مادران خانه‌دار و کارمند و با سطوح تحصیلی متفاوت، رفتار پیشگیرانه در گذشته تفاوتی نشان نداد که ممکن است تحت تأثیر سایر عوامل محیطی باشد که مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

طبق یافته‌های این مطالعه در حدود یک‌سوم از مادران شرکت‌کننده در مطالعه به احتمال آسیب‌پذیری کودک بر اثر حوادث خانگی اعتقاد داشتند و بیشتر آنها این احتمال را به انواع سوختگی‌ها و مسمومیت با داروهای شیمیایی نسبت می‌دادند. همچنین بیشترین ترس مادران (۴۶/۶ درصد) در مورد تماس کودکشان با وسایل برنده مانند چرخ‌گوشت بود. در بسیاری از مطالعات ادراکات والدین از خطر آسیب‌دیدگی کودک عامل مهمی برای اقدام به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از وقوع حوادث خانگی بیان شده

است؛ به‌طور مثال Morrongiello و Kiriakou در مطالعه خود نشان دادند مادرانی که اعتقاد داشتند فرزندشان در معرض خطر غیرعمدی ناشی از مسمومیت قرار دارند، داروها و پاک‌کننده‌های شیمیایی را در مکان‌های مناسبی نگه‌داری می‌کردند [۱۶]. ازآنجاکه ارائه گزارش‌هایی از اتفاقات مرتبط با آسیب‌دیدگی کودکان، یک استراتژی مناسب برای افزایش درک والدین از آسیب‌پذیری فرزند خود نسبت به آسیب و ایجاد انگیزه برای نظارت فعالانه‌تر بر کودکان است [۲۵]، پرسنل بهداشتی می‌توانند در آموزش‌های خود پیرامون سوانح خانگی این گزارش‌ها را برای مادران بیان نمایند.

نتایج مطالعه حاکی از این بود که اکثر زنان شرکت‌کننده در مطالعه درک مناسبی از شدت پیامدهای ناشی از حوادث خانگی داشته و هزینه‌های درمانی ناشی از آسیب را از جدی‌ترین مخاطرات مرتبط با سوانح خانگی ذکر می‌کردند. در این راستا گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از کودکانی که بر اثر سوانح غیرعمدی به بیمارستان مراجعه می‌کنند، پس از ترخیص، معلولیت مادام‌العمر را تجربه خواهند نمود. این آسیب‌ها، نه‌تنها هزینه‌های سنگینی را برای خانواده به وجود می‌آورند، بلکه بار مالی گسترده‌ای را بر جوامع و کشورها تحمیل می‌کنند [۲۶].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۳۰/۹ درصد مادران موافق این بودند که بازی با وسایل برقی باعث تأمین حس کنجکاوی فرزندشان می‌شود که این باور غلط بایستی توسط مداخلات آموزشی مناسب اصلاح گردد، چراکه اغلب حوادث خانگی از جمله شوک برقی ناشی از وسایل الکتریکی در کودکان به علت افزایش حس کنجکاوی و فعالیت‌های آنان برای کاوش در محیط خانه اتفاق می‌افتد [۲۷]. بنابراین، نظارت مداوم در محیط‌های خطرناک توسط خواهر و برادر بزرگ‌تر و یا والدین الزامی است.

طبق یافته‌های این مطالعه مهم‌ترین موانع یا هزینه‌های درک‌شده برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایجاد حوادث خانگی در مادران کودکان زیر ۵ سال شهر جیرفت، سخت بودن مراقبت دائمی از کودک برای جلوگیری از رخداد حادثه و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های ایجاد محیط ایمن عنوان شد. Smithson و همکاران در مطالعه خود علاوه بر هزینه‌های بالای تجهیزات ایمنی، به عواملی نظیر زندگی در خانه‌های اجاره‌ای که قابل‌تغییر نیستند، ازدحام بیش‌ازحد در محیط مسکونی، عدم حمایت برای مراقبت از کودکان و بی‌اعتمادی به مسئولین و سیستم‌های ارائه‌دهنده آموزش‌های پیشگیری از آسیب در خانه به عنوان موانع پیشگیری از حوادث خانگی اشاره می‌کنند [۲۸]. اگرچه تغییر در سطوح اقتصادی اجتماعی خانواده‌ها مانعی است که تغییر آن ناممکن به نظر می‌رسد، اما مداخلات ارتقاء سلامت می‌توانند با آموزش‌های طراحی‌شده مناسب، نحوه استفاده بهینه از امکانات موجود را جهت انجام اقدامات پیشگیرانه برای مادران دارای کودک زیر ۵ سال عملی سازند.

در این مطالعه حدود یک‌چهارم مادران دارای کودک زیر ۵ سال با وجود موانع پیش رو، خودکارآمدی خود را برای جمع‌آوری اطلاعات راجع به چگونگی ایمن‌سازی محیط خانه برای کودک مناسب می‌دانستند. همچنین اکثریت مادران بر این باور بودند که انجام چنین رفتارهایی موجب کاهش هزینه‌های درمانی و صدمات و افزایش طول

عمر کودک می‌شود. Rivara و Howard در مطالعه خود این چنین استدلال می‌کنند که آگاهی و دانش نحوه مراقبت از کودک، به‌ویژه آگاهی در مورد مهارت‌های موردنیاز برای ایجاد امنیت کودک در خانه با کاهش خطر آسیب در کودکان در ارتباط است [۲۹]. در حقیقت درک مادر از خودکارآمدی و توانایی او برای کنترل سلامت کودکان، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای نظارت فعال و کاهش خطر ابتلا به آسیب‌های غیرعمدی است [۳۰]. بنابراین، نیاز است که چنین مهارت‌هایی توسط پرسنل بهداشتی که در ارتباط با مادران کودکان زیر ۵ سال هستند، تعلیم داده شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به جمع‌آوری اطلاعات به روش خودگزارشی و عدم انجام مطالعه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی اشاره نمود که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌سازد. جمع‌آوری اطلاعات با روش مصاحبه فردی که اطلاعات دقیق‌تری در مورد اقدامات حفاظتی مادران برای پیشگیری از وقوع حوادث خانگی فراهم می‌آورد، به همراه انجام مطالعه مشابه در مناطق روستایی پیشنهاد می‌گردد.

## نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد افزایش احساس ترس از وقوع حادثه خانگی و باور به خودکارآمدی برای انجام اقدامات پیشگیرانه در مادران نقش بیشتری در انگیزش محافظت از حوادث خانگی دارد و می‌تواند به عنوان یک استراتژی مناسب در برنامه‌ریزی مداخلات ارتقاء سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه به عنوان یک طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام شد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت جهت حمایت مالی و از پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و مادران شرکت‌کننده در مطالعه به خاطر همکاری و مشارکت در انجام این طرح تقدیر و تشکر می‌نماییم.

# References

[1] Lao Z, Gifford M, Dalal K. Economic Cost of Childhood Unintentional Injuries. *Int J Prev Med* 2012; 3(5): 303-12.

[2] Paes C, Gaspar V. Unintentional injuries in the home environment: home safety. *J Pediatr* 2005; 81(5): 146-54.

[3] Phelan KJ, Khoury J, Kalkwarf H, Lanphear B. Residential injuries in U.S. children and adolescents. Residential injuries in U.S. children and adolescents. *Public Health Rep* 2005; 120(1): 63-70.

[4] Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Liddy S, Hornung R, Lanphear BP. A randomized controlled trial of

home injury hazard reduction: the HOME injury study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165(4): 339-45.

[5] Oyetunji TA, Stevenson AA, Oyetunji AO, Onguti SK, Ames SA, Haider AH, et al. Profiling the Ethnic Characteristics of Domestic Injuries in Children Younger Than Age 5 Years. *Am surg* 2012; 78(4): 426-31.

[6] LeBlanc J, Pless I, King W, Bawden H, Bernard-Bonnin AC, Klassen T, et al. Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: A multicentre case-control study. *CMAJ* 2006; 175(8): 883-7.

[7] Peden M, World Health Organization. World report on child injury prevention: summary. Geneva: World Health Organization; 2008.

[8] Rezapur-Shahkolai F, Afshari M, Moghimbeigi A, Hazavehei SM. Home-related injuries among under-five-year children and mothers' care regarding injury prevention in rural areas. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2016; 8: 1-9.

[9] Swahnberg IM, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health* 2003; 13(4): 361-6.

[10] Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6): 993-1000.

[11] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001349.

[12] Nilsen RM, Vollset SE, Gjessing HK, Skjaerven R, Melve KK, Schreuder P, et al. Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009; 23(6): 597-608.

[13] Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(2): 260-73.

[14] Melchert TP, Parker RL. Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse Negl* 1997; 21(2): 125-35.

[15] Hatamabadi HR, Mahfoozpour S, Forouzanfar MM, Khazaei AR, Yousefian Sh, Younesian S. Evaluation of Parameter Related to Preventative Measures on the Child Injuries at Home. *Safety*

*Promotion and Injury Prevention* 2013; 1(3): 140-9. [Farsi]

[16] Morrongiello BA, Kiriakou S. Mothers' home-safety practices for preventing six types of childhood injuries: what do they do, and why? *J Pediatr Psychol* 2004; 29(4): 285-97.

[17] Al Mutairi M, Al Harthy N, Al Qahtani A, Al Fahmi S, Al Zidi B, Jaffer RE. Home Injury Prevention in Children: Attitude & Awareness of the Caregivers at King Abdul-Aziz Medical City - Pediatric Emergency, Riyadh, KSA. *Br J Med Me Res* 2016; 18(11): 1-10.

[18] Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In Social Psychophysiology: A sourcebook. The Guildford Press: New York; 1983: 153-76.

[19] Floyd DL, Prentic-Dunn S, Rogers RW. A meta-analysis of research on protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol* 2000; 30(2): 407-29.

[20] Ebadi Fard azar F, Hashemi SS, Solhi M, Mansori K. Determinants of Prevention of Home Accidents in Mothers with Children under Five Years Old Based on Protection Motivation Theory. *Military car Sci* 2016; 3(1):18-26. [Farsi]

[21] 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. *J Safe Promot Injur Prev* 2015; 3(3): 199-206. [Farsi]

[22] Lawshe CH. Aquantitative approach to content validity. *Pers Psychol* 1975; 28: 563-75.

[23] Kamal NN. Home Unintentional Non-fatal Injury among children under 5 years of age in a rural area, El Minia governorate, Egypt. *J Community Health* 2013; 38(5): 873-9.

[24] Beirens TMJ, van Beeck E, Dekker R, Brug J, Raat H. Unsafe storage of poisons in homes with toddlers. *Accid Anal Prev* 2006; 38: 772-6.

[25] Morrongiello BA, Zdzieborski D, Lasenby-Lessard J, Sandomierski M. Video messaging: What works to persuade mothers to supervise young children more closely to reduce injuries? *Soc Sci Med* 2009; 68: 1030-7.

[26] World Health Organization, UNICEF. Chapter 1: child injuries in context. In: Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al., editors. World Report on Child Injury Prevention. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

[27] Jordán JR, Valdes-Lazo F. Education on safety and risk. In: Manciaux M, Romer CJ (eds). Accidents in childhood and adolescence: the role of research. Geneva: WHO; 1991.

[28] Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Inj Prev* 2011; 17: 119-26.

[29] Rivara FP, Howard D. Parental knowledge of child development and injury risks. *Develop Behav Pediatr* 1892; 3: 103-5.

[30] Beirens TMJ, van Beeck EF, Brug J, den Hertog P, Raat H. Why Do Parents with Toddlers Store Poisonous Products Safely? *Int J of Pediatr 2010*; 2010: 702827.

# Attitudes of Women from Jiroft City About Prevention of Home Injuries in Children Under 5 Years Using Protection Motivation Theory in 2015

**T. Rahimi[1], R. Faryabi[2], A. Javadi[3], S. Shojaei[4]**

**Received: 07/01/2017 Sent for Revision: 16/01/2017 Received Revised Manuscript:27/02/2017 Accepted: 01/03/2017**

**Background and Objective:** Mothers' attitudes towards the possibility of an accident and its related preventive measures can affect children's injuries. Psychological theories and constructs provide an opportunity to explain how people's attitudes affect their decision making in adoption of a health behavior. This study examined attitudes of women from Jiroft city about prevention of home injuries in children under 5 years through Protection Motivation Theory (PMT) in 2015.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, 204 mothers with children less than 5 years were selected from those who referred to health centers of Jiroft in 2015. In this regard, random cluster sampling method was applied. A self-administered questionnaire based on PMT was used to collect information. The data were then analyzed using descriptive statistical methods to investigate the distribution of responses to the questions. Later, one-way ANOVA and independent t-test were applied to observe the relationship between demographic variables and protection motivation.

**Results:** The age range of mothers was 16 - 49 years. History of domestic injuries was reported in 22.5 percent of participants. It was more than six months that 70.6 % of mothers were implementing safety measures at home. In threat assessment processes, mothers' most important attitudes were related to fear of home injuries (46.6 %); however, in coping assessment processes, it was related to perceived self-efficacy (51.9%).

**Conclusion:** The results showed that increase of fear and perceived self-efficacy in mothers has a greater role in their motivation to prevent home injuries. This can be considered as an appropriate strategy in planning health promotion interventions.

**Key words:** Attitude, Prevention, Home injuries, Protection motivation theory, Jiroft

**Funding:** This research was funded by Jiroft University of Medical Sciences.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Jiroft University of Medical Sciences approved the study.

**How to cite this article:** Rahimi T, Faryabi R, Javadi A, Shojaei S. Attitudes of Women from Jiroft City About Prevention of Home Injuries in Children Under 5 Years Using Protection Motivation Theory in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 16(1): 17-30. [Farsi]

*1- PhD Candidate of Health Education and Promotion, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

*2- PhD Candidate of Health Education and Promotion, School of Public Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran (Corresponding Author ) Tel: (034) 43310968, Fax: (034) 43310916, Email: r.faryabi@jmu.ac.ir*

*3- PhD Candidate of Health Education and Promotion, Social Determinant of Health Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

*4- PhD in Health Education and Promotion,Vice Chancellor of Education, Nekoei Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran*