



## بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت گوش میانی بر اساس الگوی اعتقاد

### بهداشتی (HBM) در مادران دارای کودک کمتر از ۲ سال در شهر یزد

نویسندگان: محمدحسین باقبانی مقدم<sup>۱</sup>، راضیه فرشید زاد<sup>۲</sup>، محسن عسگر شاهی<sup>۳</sup>، مهرداد شکیبا<sup>۴</sup>، ملیحه مزروعی<sup>۵</sup>

۱. استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۳۴۱۳۱۰۱۴ Email: farshidzadraziyeh@yahoo.com
۳. استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۴. متخصص اطفال، بیمارستان شهید صدوقی یزد
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

#### چکیده

**مقدمه:** عفونت گوش میانی یکی از شایع ترین عفونت‌ها در کودکان است. بیشترین زمان احتمال بروز آن در سنین زیر ۲ سال است. از جمله عوارض حاصل از عفونت گوش میانی: بروز مشکلات شنوایی، آسیب بلندمدت و برگشت‌ناپذیر به گوش میانی و حلقون، کاهش بهره هوشی و مشکلات گفتاری است. هدف این مطالعه بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت گوش میانی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در مادران با کودک کمتر از دو سال، در شهر یزد بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر در سال ۹۳-۱۳۹۲، به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۱۳۲ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد که کودک زیر ۲ سال داشته‌اند، به صورت تصادفی با انتخاب ۶ مرکز از بین ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی و انتخاب ۲۲ نفر از هر مرکز، انجام شد. داده‌ها توسط پرسشنامه و به صورت تصادفی جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون T زوجی برای بررسی معنی داری ارتباط بین نمرات سازه‌ها با متغیرهای دموگرافیک استفاده شد و ضریب همبستگی بین نمرات سازه‌ها توسط آزمون اسپیرمن تعیین گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمره آگاهی تنها در ۴/۵٪ موارد و راهنمایی عمل تنها در ۹/۱٪ موارد مطلوب بود. شدت درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده به ترتیب در ۹۲/۴٪، ۸۱/۱٪ و ۹۴/۷٪ موارد مطلوب گزارش گردید. بین منافع با خودکارآمدی، حساسیت، شدت، رفتار و آگاهی همبستگی مستقیم وجود داشت. بر اساس یافته‌ها بین شدت با موانع، رفتار و حساسیت و خودکارآمدی با موانع و رفتار، همبستگی مستقیم وجود داشت. از طرفی رابطه معناداری بین سن مادر با شدت و منافع و بین تعداد فرزند با آگاهی، مشاهده شد. بین سابقه ابتلای کودک به عفونت گوش با راهنمایی عمل، همبستگی معکوس معناداری مشاهده گردید.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش با در نظرگیری نمرات حاصل از سازه‌ها و پایین بودن نمره آگاهی مادران و از طرفی به دلیل شیوع بالای عفونت گوش در کودکان زیر ۲ سال، اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش آگاهی مادران و بهبود رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت گوش میانی، مؤثر واقع گردید.

**واژه‌های کلیدی:** الگوی اعتقاد بهداشتی، عفونت گوش میانی، پیشگیری، مادران

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: ششم

ویژه نامه ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۸/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

اوتیت میانی حاد شایع ترین عفونت در کودکان است (۵-۱) و بیماری شایع در طول دو سال نخست زندگی به شمار می آید که به تدریج و با افزایش سن، از میزان شیوع آن کاسته می شود (۶،۷). ۸۰ درصد کودکان تا سن سه سالگی حداقل یک بار به این عفونت مبتلا می شوند. ۳۰-۱۰ درصد عفونت های مکرر خواهند داشت و ۲۵-۲ درصد دچار تجمع ترشحات گوش می گردند که تا بیشتر از سه ماه طول خواهد کشید و بسیاری از این افراد نیاز به گذاشتن لوله تمپان خواهند داشت (۸). احتمال ابتلا به عفونت های راجعه و مزمن گوش میانی در کودکانی که در سال اول زندگی مبتلا می شوند، بیشتر است (۹). در یک سال، ۴۶/۸ درصد کودکان ۲۴-۱۳ ماهه در مقایسه با ۳۵/۴ درصد در رده سنی ۳۶-۲۵ ماهه و ۹/۶ درصد در گروه سنی ۱۳-۷ ساله دچار اوتیت میانی حاد خواهند شد (۱۰). جنس مذکر، وضعیت بومی، عدم تغذیه با شیر مادر، داشتن خواهر و برادر بزرگتر، رفتن به مهد کودک به عنوان عوامل خطر در دوران کودکی اولیه شناخته شده است (۱۱). بروز این بیماری در کشورهای در حال توسعه بیشتر است به ویژه در میان جامعه اقتصادی اجتماعی پایین به دلیل سوء تغذیه، ازدحام بیش از حد جمعیت، بهداشت پایین، مراقبت های بهداشتی نامناسب و عفونت مکرر دستگاه تنفسی فوقانی، نسبت شهری به روستایی از این بیماری ۱ به ۲ است و جوامع روستایی فقیرتر بالاترین شیوع را دارند (۱۲). همچنین در فصل زمستان و ابتدای بهار نیز میزان بروز افزایش



می یابد (۹). گزارش هایی گوناگون در دست هست که در آن ها، به ویژه شرایط زندگی کودک مانند مواجهه با دود سیگار و یا قرار گرفتن در محیط های شلوغ و پر جمعیت را، به عنوان عوامل خطر احتمالی بروز این بیماری مطرح کرده اند. در بررسی های دیگر هم وجود عادات مکیدنی گوناگون، به عنوان عوامل آماده کننده به ابتلا به این گونه عفونت مطرح شده اند (۶). اوتیت میانی حاد یکی از شایع ترین دلایل تجویز درمان آنتی بیوتیکی است (۷،۱۳). در این بیماری شروع سریع، یک پرده گوش برآمده با تحریک ضعیف دیده می شود و معمولاً یک تغییر رنگ مایل به قرمز یا زرد به دلیل وجود چرک در فضای گوش میانی وجود دارد. بیماران مبتلا ممکن است با تب و تحریک پذیری ظاهر شوند (۱۴). این بیماری ممکن است با علائمی چون درد گوش، التهاب و احساس پری گوش همراه باشد (۱۵). چنین به نظر می رسد که ابتلا به اوتیت میانی نه تنها سطوح پایین سیستم شنوایی، بلکه مناطق بالاتر آن را نیز متأثر می سازد، به گونه ای که مشاهده شده است بیماران مبتلا به اوتیت میانی از تعداد و سبب نوروپاتی کمتری در مقایسه با افراد طبیعی برخوردارند (۱۶،۱۷). از آنجاکه عفونت گوش میانی بسیار شایع است، سازمان بهداشت جهانی مهارت های مدیریت این بیماری را تعیین کرده است که یک اولویت برای ارائه دهندگان مراقبت های اولیه به صورت وسیع است. بهبود دقت تشخیصی منجر به بهبود مدیریت این بیماری، استفاده صحیح تر از آنتی بیوتیک ها، کاهش مقاومت در برابر آنتی بیوتیک و در نهایت بهبود در سلامت کودکان مبتلا می شود.



اعتقاد بهداشتی یکی از قدیمی‌ترین تئوری‌های رفتار بهداشتی و از اولین الگوهای است که از تئوری‌های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی برگرفته شده است. این الگو هنوز هم یکی از شناخته‌شده‌ترین تئوری‌هاست که بیشترین کاربرد را در رفتارهای بهداشتی دارد. کاربردهای این مدل را می‌توان در قالب سه دسته جای داد: ۱- مدل‌سازی پژوهش رفتاری و ایجاد ابزار. ۲- پیشگیری اولیه: یعنی هنگامی که HBM برای آموزش بهداشت در مورد پیشگیری از بیماری یا برای حفاظت اختصاصی علیه بیماری‌ها، نظیر ایمن‌سازی به کاررفته است. ۳- غربالگری بیماری‌ها، پذیرش درمان و سایر وظایف مربوط به پیشگیری ثانویه (۲۳).

با توجه به اینکه مادران زمان زیادی را با کودکان خود صرف می‌کنند، بنابراین نقش حیاتی و کلیدی در رشد و سلامت کودکان دارند (۲۵). با در نظر گرفتن این مسئله، این مطالعه به منظور بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت گوش میانی در مادران دارای کودک کمتر از ۲ سال بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی صورت گرفت.

### روش بررسی

در این مطالعه، توصیفی - مقطعی، جامعه مورد مطالعه، مادران دارای کودک کمتر از ۲ سال ساکن در شهر یزد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی واقع در شهر یزد بودند که از بین ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی ۶ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه لازم با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۵٪ (۵٪) =  $\alpha$  و توان آزمون ۹۰٪ (۸۰٪) =  $1-\beta$  و انحراف معیار برابر با ۳

استفاده عاقلانه‌تر از آنتی‌بیوتیک‌ها نیز بار اقتصادی این بیماری را کاهش می‌دهد (۱۴). جلوگیری از تجویز غیرضروری آنتی‌بیوتیک در کودکان مهم است چراکه آن‌ها نماینده مخزن بزرگ برای ارگانسیم‌های مقاوم هستند (۱۸). عدم درمان به موقع عفونت گوش میانی به‌ویژه در سنین اوایل کودکی ممکن است منجر به آسیب بلندمدت و برگشت‌ناپذیر به گوش میانی و حلزون گردد (۱۹) که این موضوع می‌تواند بر رشد مهارت‌های زبانی و اجتماعی کودکان تأثیر گذاشته و پیشرفت تحصیلی آن‌ها را متأثر نماید (۱۹،۲۰). همچنین در صورت مزمن شدن بیماری، عوارض جدی همانند، چسبندگی پرده گوش، پارگی پرده و مشکل‌های استخوانچه ای قابل‌انتظار است (۲۱). گروهی از پژوهشگران معتقدند که کودکان مبتلابه اوتیت میانی ممکن است علائمی از اختلال در راه رفتن، به زمین خوردن‌های مکرر و حرکات ناهنجار نشان دهند و حتی این احتمال وجود دارد که این کودکان دیرتر از همسالان بدون اوتیت میانی شروع به راه رفتن نمایند (۱۵). در مطالعات مختلف، فراوانی پاتولوژی‌های گوش میانی که شامل دوره‌هایی از اوتیت حاد یا مزمن گوش میانی است، بین ۶۶ تا ۹۶ درصد گزارش شده است (۲۲) ولی مطالعه‌ای به منظور بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت گوش میانی بر اساس الگوهای آموزشی صورت نگرفته است (۲۳). ناآگاهی و رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند (۲۴). با توجه به اینکه الگوی



شده است. به منظور روایی، پرسشنامه مورد تأیید کارشناسان قرار گرفت و برای تعیین اعتماد پرسشنامه از آلفا کرونباخ استفاده شد که این مقدار برای کلیه سؤالات ( $\alpha = 0.816$ ) محاسبه گردید. متغیرهای مربوط به اطلاعات دموگرافیک در این مطالعه شامل سن مادر، سطح تحصیلات مادر، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال مادر، میزان درآمد خانواده، سن کودک، محل نگهداری کودک، سابقه ابتلا به عفونت گوش میانی، مشاهده کودک مبتلا به عفونت گوش و کشیدن سیگار توسط یکی از اعضای خانواده در محیط زندگی کودک است. پرسشنامه تکمیل شده و پس از وارد کردن داده‌ها به کامپیوتر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و آزمون کروسکال والیس برای بررسی معنی داری ارتباط بین نمرات سازه‌ها با متغیرهای دموگرافیک استفاده شد و ضریب همبستگی بین نمرات سازه‌ها توسط آزمون اسپیرمن تعیین گردید.

#### یافته‌ها

بر اساس توصیف داده‌های به دست آمده، میانگین گروه سنی مادران  $28/20 \pm 4/53$  به دست آمد و در بین مادران  $83/3\%$  خانه دار و  $16/7\%$  شاغل بودند و از نظر تحصیلات  $0/8\%$  از مادران در سطح بی سواد و  $12/9\%$  در سطح زیر دیپلم و  $41/7\%$  دیپلم و  $44/7\%$  تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. میزان درآمد خانواده در  $13/6\%$  موارد در سطح پایین و  $68/9\%$  در سطح متوسط و  $17/4\%$  در سطح بالا بود. از نظر تعداد فرزندان  $50\%$  دارای یک فرزند و  $38/6\%$  موارد دارای ۲ فرزند و  $9/1\%$  دارای ۳ فرزند و تنها  $2/3\%$  دارای ۴ فرزند بودند. محل نگهداری کودک در  $97\%$  موارد در خانه و  $8\%$  در مهد کودک و  $2/3\%$  نزد اقوام و آشنایان بود و در  $12/1\%$  موارد

تعداد ۱۲۵ نمونه، مورد نیاز بود که با احتساب  $10\%$  ریزش حدود ۱۳۲ نمونه، محاسبه گردید. به این صورت که از هر مرکز ۲۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند که در کل ۱۳۲ نمونه جمع آوری گردید. ابزار جمع آوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته بود که شامل سؤالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک (۱۰ سؤال)، آگاهی (۲۳ سؤال) و امتیازات ۴۶-۲۳، حساسیت درک شده (۳ سؤال) با نمره ۹-۳، شدت درک شده (۵ سؤال) با نمره ۱۵-۵، منافع درک شده (۴ سؤال) با نمره ۱۲-۴، موانع درک شده (۹ سؤال) با نمره ۲۷-۹، راهنمای عمل (۶ سؤال) با نمره ۱۲-۶، رفتار (۷ سؤال) با نمره ۲۸-۷ و خودکارآمدی (۷ سؤال) با نمره ۲۱-۷ است که به پاسخ‌های صحیح مربوط به سؤالات آگاهی ۲ نمره و به پاسخ‌های غلط و نمی دانم ۱ نمره اختصاص داده شد و به پاسخ صحیح به سؤالات مربوط به سازه راهنمای عمل نمره ۲ و به پاسخ غلط نمره ۱ تعلق گرفت و به سؤالات سازه رفتار نمره ۱ تا ۴ اختصاص داده شد و برای سؤالات سازه‌های دیگر الگوی اعتقاد بهداشتی نمره ۱ تا ۳ در نظر گرفته شد. برای به دست آوردن یک الگوی کلی برای نمرات سازه‌ها در بین افراد مورد مطالعه، آن‌هایی که  $33/3\%$  نمره قابل کسب و یا پایین تر را کسب کرده بودند در حد ضعیف در نظر گرفته شدند آن‌هایی که بین  $33/3\%$  تا  $66/6\%$  نمره قابل کسب را به دست آوردند در حد متوسط و آن‌هایی که  $66/6\%$  نمره قابل کسب و یا بالاتر را کسب کرده بودند در حد مطلوب در نظر گرفته شدند. به منظور تعیین پایایی و روایی پرسشنامه یک پایلوت بر روی ۲۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۲ سال انجام گردید و پایایی و روایی هر بخش جداگانه بررسی



( $P=0/040$ ) و بین سازه حساسیت درک شده و منافع درک شده  
 ( $p=0/018$ ) و بین سازه شدت درک شده و منافع درک شده  
 ( $p=0/000$ ) و بین سازه شدت درک شده و موانع درک شده  
 ( $p=0/009$ ) همبستگی مستقیم معنی‌داری مشاهده شد و همچنین  
 بین سازه شدت درک شده و رفتار ( $p=0/001$ ) و بین سازه منافع  
 درک شده و خودکارآمدی ( $p=0/004$ ) و بین سازه منافع درک  
 شده و رفتار ( $p=0/000$ ) و بین سازه منافع درک شده و آگاهی  
 ( $p=0/021$ ) و بین سازه شدت درک شده و خودکارآمدی  
 ( $p=0/022$ ) همبستگی مستقیم معنی‌داری مشاهده شد و بین سازه  
 راهنمایی عمل و خودکارآمدی ( $p=0/012$ ) همبستگی معکوس  
 معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۲).

سابقه ابتلا به عفونت گوش در کودکان وجود داشت. سن  
 کودکان در ۷۳/۵٪ موارد زیر یک سال و در ۲۶/۵٪ بین یک تا دو  
 سال بود و در ۲۹/۵٪ خانواده‌ها، در محیط زندگی کودک، سیگار  
 کشیدن مشاهده می‌شد و در ۷۰/۵٪ خانواده‌ها، در محیط زندگی  
 کودک، کسی سیگار نمی‌کشید. آگاهی حدود ۵۷/۶٪ در مادران  
 در سطح ضعیف و ۳۷/۹٪ در سطح متوسط و تنها ۴/۵٪ در سطح  
 مطلوب بودند و میانگین نمره آگاهی کلیه افراد  $51 \pm 29/40$  از  
 ۲۳ تا ۴۶ نمره بود.

در خصوص سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به غیر از حساسیت  
 درک شده، امتیازات بقیه سازه‌ها در حد مطلوب بود. (جدول  
 ۱). در بررسی همبستگی بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با  
 یکدیگر، بین سازه حساسیت درک شده و شدت درک شده

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی

وضعیت سازه‌ها	ضعیف	متوسط	مطلوب	کل	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سازه‌ها	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	
آگاهی	۵۷/۶۷۶	۳۷/۹۵۰	۴/۵۶	۱۰۰	$29/40 \pm 5/51$
حساسیت درک شده	۳/۸۵	۵۷/۶۷۶	۳۸/۶۵۱	۱۰۰	$6/10 \pm 1/45$
شدت درک شده	۰	۷/۶۱۰	۹۲/۴۱۲۲	۱۰۰	$13/77 \pm 1/78$
منافع درک شده	۰	۵/۳۷	۹۴/۷۱۲۵	۱۰۰	$11/29 \pm 1/23$
موانع درک شده	۰	۱۸/۹۲۵	۸۱/۱۰۷	۱۰۰	$22/78 \pm 3/97$
راهنمای عمل	۴۸/۵۰۶۴	۴۲/۴۵۶	۹/۱۱۲	۱۰۰	$7/11 \pm 1/40$
خودکارآمدی	۰	۱/۵۲	۹۸/۵۱۳۰	۱۰۰	$19/25 \pm 1/91$



جدول ۲: همبستگی سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی

وضعیت سازه ها	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	راهنمای عمل	رفتار	خودکار آمدی
همبستگی	r	r	r	r	r	r	r	r
	p	p	p	p	p	p	p	p
آگاهی	۱							
حساسیت درک شده		۱						
	۰/۰۳۷							
	۰/۱۶۷۴							
شدت درک شده			۱					
	۰/۰۲۴							
	۰/۷۸۳							
منافع درک شده				۱				
	*۰/۲۰۰							
	۰/۰۲۱							
موانع درک شده					۱			
	-۰/۱۱۹							
	۰/۱۷۶							
راهنمای عمل						۱		
	۰/۱۳۶							
	۰/۱۲۱							
رفتار							۱	
	۰/۰۳۴							
	۰/۷۰۲							
خودکار آمدی								۱
	۰/۱۰۵							
	۰/۲۳۱							
	-۰/۰۳۲							
	۰/۷۲۰							
	*۰/۲۱۷							
	۰/۰۱۲							
	۰/۰۹۸							
	۰/۲۶۲							
	*۰/۲۴۷							
	۰/۰۰۴							
	*۰/۱۹۹							
	۰/۰۲۲							
	۰/۰۸۶							
	۰/۳۲۵							

\* P < ۰/۰۵

**بحث و نتیجه گیری**

طبق نتایج به دست آمده در این بررسی نمره آگاهی در بین مادران در ۵۷/۶٪ موارد در سطح ضعیف و در ۳۷/۹٪ موارد در سطح متوسط بودند و تنها ۴/۵٪ موارد دارای آگاهی در سطح مطلوب بودند. بر اساس پاسخ‌های مربوط به سؤالات آگاهی، اکثر مادران اطلاعات صحیحی نسبت به عوامل زمینه‌ساز عفونت گوش میانی و علائم و عوارض این عفونت نداشتند. می‌توان با بالا بردن سطح آگاهی افراد میزان آگاهی و حساسیت درک شده و شدت درک شده را افزایش داد زیرا بیان عواقب منفی، جلوه بخشی به خطرات، بیان نتایج منفی وجدی، جلوه بخشی به شدت قضیه برای شرکت‌کنندگان در آموزش، از راه‌های تعدیل حساسیت و شدت درک شده است (۲۶). میزان نمره حساسیت درک شده در ۳۸/۶٪ موارد و شدت درک شده در ۹۲/۴٪ موارد در حد مطلوب گزارش شد و همان‌طور که نتایج نشان داد بین حساسیت و شدت درک شده رابطه معناداری وجود داشت. در پژوهش حاضر وضعیت درک مادران از موانع موجود جهت پیشگیری و یا درمان به موقع و زودرس عفونت گوش میانی در کودکان بیش از حد متوسط و به مقدار ۸۱/۱٪ در سطح مطلوب بود که عامل مهمی در زمینه‌ی گسترش و شیوع این عفونت به شمار می‌آید. در این مطالعه موانع درک شده از سوی مادران عبارت بودند از: وقت‌گیر بودن جمع‌آوری اطلاعات در زمینه‌ی عفونت گوش، پرهزینه بودن ویزیت پزشک، وقت‌گیر بودن مراجعه به پزشک، ممانعت کودک جهت مراجعه به پزشک، اجتناب کودک از خوردن دارو، فراموشی مادر برای دادن دارو به کودک و وقت‌گیر بودن خشک کردن

گوش کودک بعد از حمام توسط مادر. با افزایش سطح آگاهی افراد نسبت به هزینه‌های ناچیز درمان اولیه، می‌توان نسبت به کاهش موانع درک شده و افزایش منافع درک شده اقدام کرد (۲۳). در مطالعه شریفی راد با کاهش موانع درک شده، مصرف سیگار در نوجوانان کمتر گزارش شد (۲۷) همچنین در تحقیق Koch با رفع موانع درک شده، بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پیاده‌روی کرده بودند (۲۸). در مطالعه حاضر بین منافع درک شده با آگاهی، خودکارآمدی، حساسیت، شدت و رفتار رابطه معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه کریمی و همکاران منافع درک شده مهم‌ترین پیشگویی‌کننده برای انجام آزمون پاپ اسمیر در واحدهای پژوهش بود و افرادی که منافع انجام آزمون را درک کرده بودند ۵ برابر شانس بیشتر انجام آزمون را داشتند (۲۹). در مطالعه زارع و همکاران منافع درک شده پیشگویی‌کننده رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های دهان و دندان نبود (۳۰). HowKins نیز در پژوهشی همین مسئله را نشان داد (۳۱). ولی در پژوهش رحیمی و همکاران این ارتباط معنی‌دار بود (۳۲) که با مطالعه حاضر هم‌راستا است. به نظر می‌رسد که این تفاوت‌ها در مطالعات مختلف، به دلیل نمونه‌های مورد بررسی متفاوت از لحاظ شرایط فیزیولوژیکی و سنی است که طبیعتاً درک متفاوتی نسبت به مسئله مورد نظر از منافع درک شده خواهند داشت. در پژوهش حاضر بین رفتار و شدت درک شده رابطه معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه کریمی و همکاران نیز بین شدت درک شده با انجام آزمون پاپ اسمیر رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۲۹). بر اساس تعریف، شدت درک شده



از جمله عفونت گوش مؤثر نبوده است، شاید به این دلیل که این دوره‌های تحصیلی جهت مهیا کردن اطلاعات مفید سلامتی طراحی نشده‌اند. الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای مهمی است که رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است. این الگو بر انگیزش، تجربیات گذشته شخص و به طور کلی بر تغییر در اعتقادات استوار است و قادر به شرح رفتارهای بهداشتی درازمدت و کوتاه مدت است (۳۶). از الگوی اعتقاد بهداشتی می‌توان به عنوان چارچوبی جهت تدوین راهبردهای مداخله و طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت استفاده نمود (۳۷). با توجه به سطح آگاهی مادران در این مطالعه نسبت به علائم و عوارض عفونت گوش میانی و همچنین راه‌های پیشگیری از این عفونت و با توجه به شیوع عفونت گوش در کودکان، نیاز ضروری به ارتقاء و بهبود سطح آگاهی مادران از رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت گوش وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزشی مناسب و تهیه مطالب آموزشی جامع و بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در جهت ارتقاء و بهبود سطح آگاهی مادران از رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت گوش میانی در کودکان، صورت گیرد.

### تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر بارانمایی اساتید محترم انجام گرفت که از آنان کمال تشکر را داریم.

باور انتزاعی فرد در مورد وسعت آسیبی است که می‌تواند در نتیجه ابتلای به بیماری یا یک وضعیت زیانبار حاصل از یک رفتار خاص، پدید آید. کارشناسان عقیده دارند ترکیب حساسیت و شدت درک شده انگیزه و نیرویی برای انجام یک رفتار فراهم می‌کند (۳۳). همچنین در این مطالعه بین راهنمایی عمل و خودکارآمدی رابطه معنی دار معکوس برقرار بود که با مطالعه باقیانی مقدم و همکاران با عنوان بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در مادران دارای دختر کمتر از ۶ سال نیز همخوانی داشت (۲۳). در این پژوهش سن مادر با شدت و منافع درک شده رابطه معنی داری داشت که نشان دهنده این مطلب است که با افزایش سن مادر و افزایش تجربیات او در زمینه نگهداری از کودک، درک وی از شدت بیماری کودک و همچنین از منافی که به دنبال پیشگیری و درمان سریع و به موقع بیماری به دنبال دارد بیشتر می‌شود. همچنین در مورد تعداد فرزند با آگاهی رابطه معنی داری مشاهده شد. این رابطه نیز نشان می‌دهد که هر چه تعداد فرزند بیشتر باشد به علت بالا رفتن تجربه مادر در زمینه نگهداری از کودکان متعدد، آگاهی او از بیماری و عوامل زمینه‌ای مرتبط با آن افزایش می‌یابد.

در این مطالعه اشتغال و تحصیلات با هیچ کدام از سازه‌ها رابطه معنی داری نداشت. در مطالعه محمودی و رضانی نیز ارتباط آماری معنی داری بین سطح تحصیلات و خودآزمایی پستان وجود نداشت (۳۴). این یافته با پژوهش انجام شده در شیراز همخوانی دارد (۳۵) گویا با افزایش درگیری زنان در تحصیلات عالی در چند دهه اخیر، این امر در افزایش سواد سلامتی درباره بیماری‌های کودکان و





## References

- 1- Setchanova L, Kostyanev T, Alexandrova A, Mitov I, Nashev D, Kantardjiev T. Microbiological characterization of Streptococcus pneumoniae and non-typeable Haemophilus influenzae isolates as primary causes of acute otitis media in Bulgarian children before the introduction of conjugate vaccines. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.*2013;12-6.
- 2- Lee J-H, Park K-S, Choi Y K, Park E S, Chun M Y, Kim S-K, Park N-S, Cho S-Y, Kim J-Y, Kim J-H. Korean Clinical Practice Guidelines: Otitis Media in Children. *J Korean Med Sci.* 2012 August; 27(8): 835–848.
- 3-Okhovat A.R,Nakhaii A.R,Barzegar F,Berjjs N,Danesh Shahraki Z,Omrani Nava M.Single-Dose Azithromycin for Treatment of Acute Otitis Media in Children. *Journal of Isfahan Medical School*2009;27(92):15-21. [Persian]
- 4-Fatholoomi M,Fattahi Bafghi A,Safavi Naieni A,Mirzataheri M, Safavi Naieni M.Evaluation of general practitioners' knowledge about acute otitis of the middle ear. *Medicine research Journal of the Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*2006;30(3):235-239. [Persian]
- 5-Khazraei H, Amani S.Comparative effects of amoxycillin and ceftriaxone in the treatment of acute otitis media in Children under six years in, 1383.Shahekord University of Medical Sciences2005;7(4):58-63. [Persian]
- 6- Mesbahi M, Ghanbaran S.Evaluation of Possible Risk Factors for Otitis Media in the First Two Years of Life.The Dentistry jornal Shiraz University of Medical Sciences2004;5(12):113-121. [Persian]
- 7-Sarafraz M,Rekabi H. Risk factors of otitis media in surgical patients.The Jornal Ahvaz University of Medical Sciences 2003; (83):51-57. [Persian]
- 8- Assess the prevalence and pattern of acute otitis media caused by Streptococcus pneumoniae infections.The Jornal MazandaranUniversity of Medical Sciences 2012;22(98):28-35.
- 9-Koochak Alavi S.K.The comparison of different antibiotics in treatment of acute otitis media in children 2005; 8(33):32-35. [Persian]
- 10- Quach C, Collet J, LeLorie J. Acute otitis media in children: a retrospective analysis of physician prescribing patterns. *Br J Clin Pharmacol.* 2004 April; 57(4): 500–505.



- 11- MacIntyre E, Karr C, Koehoorn M, Demers P, Tamburic L, Lencar C, Brauer M. Otitis media incidence and risk factors in a population-based birth cohort. *Paediatr Child Health*. 2010 September; 15(7): 437–442.
- 12-Prakash R, Juyal D, Negi V, Pal Sh, Adekhandi SH, Sharma M, Sharma N. Microbiology of Chronic Suppurative Otitis Media in a Tertiary Care Setup of Uttarakhand State, India. *N Am J Med Sci*. 2013 April; 5(4): 282–287.
- 13- Mortensen M, Beck Nielsen R, Fisker N, Nørgaard M. Hospitalisation with otitis media in early childhood and cognitive function in young adult life: a prevalence study among Danish conscripts. *BMC Pediatr*. 2013; 13: 8.
- 14- Lee A, Flowerdew J, Delaney M. Physicians' knowledge of the epidemiology, diagnosis, and management of otitis media. *Can Fam Physician*. 2009 January; 55(1): 70–71.e4.
- 15- Effects on motor skills and balance otitis media in children under 6 years. *Scientific Journal ElamUniversity of Medical Sciences* 2007;15(2):39-44. [Persian]
- 16- Bayat A, Saki N, Nikakhlagh S, Mirmomeni G Poorjavid A. The Effect of Chronic Otitis Media on Central Auditory Processing in Children. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2013;20(2):114-118. [Persian]
- 17-Bayat A, Nikakhlagh S, Porjavid A, Mirmomeni G, Saki N. Effect of Acute Otitis Media on the phone transient OAE Knowledge of clinical guidelines for treatment of patients.. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services* 2011;18(3):17-21. [Persian]
- 18- Ghalehbaghi B, Mohammadi N, Asghari A, Ahmadvand A, Moradi Y, Kamrava K, Motiei Mir A. Evaluation of Iranian pediatric specialists' attitude and knowledge regarding approach to patients with acute otitis media. *Med J Islam Repub Iran*. 2012 May; 26(2): 58–65.
- 19-Bayat A, Saki N, Nikakhlagh S, Peyvandi A.A, Hosein Abadi R, Mirmomeni G. Evaluate the effectiveness of treatment of children with acute middle ear infection using otoacoustic phone. *Scientific Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2009;27(2):202-211. [Persian]
- 20-Sotode M, Amani F, Farahmand S. The prevalence of hearing loss in school-age children in Ardabil city 1382-83. *Scientific Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006;5(3):246-250. [Persian]



- 21- Saki N, Nikakhlagh S, Sarafraz M, Rahim F, Zare Peyma S. Epidemiological study of otitis media in children aged less than 6 years referring to health centers of Hovaiezeh city. *Journal of Medical Sciences* 2010;9(1):53-62. [Persian]
- 22- Derakhshandeh F, Poorjavad M. The Study of Speech Disorders and Middle Ear Diseases Following Primary Palatoplasty in Children with Cleft Palate. *Journal of Isfahan Medical School* 2011;29(130):222-229. [Persian]
- 23- Baghiani Moghadam M.H, Shojaezadeh D, Mohamadloo A, Fallahzadeh H, Ranjbary M. Evaluation of Preventive Behaviors of UTI Based on Health Belief Model (HBM) in Mothers with Girls Younger Than 6 Years Old. *The Journal of Toloo-e-behdasht* 2013;12(1):78-88. [Persian]
- 24- Taghdisi M H, Nezhadsadeghi A. The effect of education on health belief model to promote behavior Prevention of urinary tract infection in pregnant women. *Journal Research & Health Center Community Development and Health Promotion Gonabad* 2012;2(1):126-136. [Persian]
- 25- Hajmiri KH, Sharifirad GH, Hasanzade A. The Effect of Oral Health Education Based on Health Belief Model in Mothers Who Had 3-6 Year Old Children on Decreasing Dental Plaque Index in Zanjan 2010;18(72):77-86. [Persian]
- 26- Safari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, et al. Health education & promotion. theories, models & methods. 1st ed. Tehran: asare sobhan 2009; 58
- 27- Sharifirad GhR, Hazavei MM, Hasan-Zadeh A. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of Smoking in Grade One, Middle School Students. *Rahavard Danesh, Journal of Arak University of Medical Sciences* 2007;1(10):79-86. [Persian]
- 28- Koch, Julie. The Role of Exercise in the African-American Woman with Type 2 Diabet Mellitus: Application of the Health Belief Model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2002;12(4):126-130.
- 29- Krimi M, Shmsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. Health Beliefs and Performance Regarding Pap Smear Test in Zarandieh City Women's. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2011;20(80):42-48.. [Persian]
- 30- Zare M, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors influencing tooth brushing behaviour based on Health Belief Model among



Bushehr primary school 5th & 6th grade students. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University

of Medical Sciences. 2013; 19(2): 67-78. [Persian]

31- Hawkins LL. Predictors of oral health behaviors: Examining the effect of patient perceived humanistic attitude in the context of the health belief model. Ph.D Dissertation. Old Dominion University, 2003.

32- Rahimi F, Shojaezade D, Zeraati H, Akbarian M. (Oral health care based on educational health belief model in child). J Med Sci Ardabil Univ. 2011; 2(1): 74-81. [Persian]

33- Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior And Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco, Jossey-Bass 2008: 45-62.

34- Mahmoodi A, Ramazani A.A. Study of knowledge, attitude, and practice of presenting women to Zabol health centers with regard to breast self examination by Using health belief model (in 2009). Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 8 (2): 65-72.

35- Simi A, Yadollahie M, Habibzadeh F. Knowledge and attitudes of breast self-examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. Postgrad Med J. 2009; 85 (1004): 283-87.

36- Solhi M, Shojaei Zadeh D, Seraj B, et al. A new model for oral health education. the journal of Qazvin university of medical sciences 2000; 3(4): 3-11. [Persian]

37- Mohammadi N, Rafieifar SH, Aghamollaei T, et al. Health education curriculum (introduction to applied concepts) special for health education experts. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Mehr Ravash 2006; :305. [Persian]



## Evaluation of Preventive Behaviors of Otitis media Infection Based on Health Belief Model (HBM) in Mothers with Children less Than two Years Old of Yazd City

Baghiani Moghadam MH(PhD)<sup>1</sup>, Farshidzad R(MSc)<sup>2</sup>, Asgarshahi M(PhD)<sup>3</sup>, Shakiba M<sup>4</sup>, Mazrooei M(MSc)<sup>5</sup>

1. Professor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2. Corresponding Author: MSc Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3. Assistant Professor, Department of Biostatistics & Epidemiology, Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran

4- Specialist Children Shahid Sadoughi Hospital, Yazd, Iran

5- MSc Student in Biostatistics, Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran

### Abstract

**Introduction:** Otitis media is one of the most common infections in children. The highest incidence is in children less than two years old. The complication of otitis media includes hearing problems, long-term and irreversible damage to the middle ear and the cochlea, reduction of IQ and speech problems. The purpose of this study was to evaluate the prophylactic treatment of chronic otitis media, based on health belief model in mothers with children less than two years, in the city of Yazd.

**Methods:** This cross sectional study, which was conducted in 93-1392, was done on 132 mothers with children less than two years old and was randomly selected from 6 centers among 15 Centers And by selecting 22 mothers from each center. Data were randomly collected by questionnaire, and were analyzed using SPSS statistical software. Independent sample T-test for checking significance of correlations between scores and demographic variables used to construct the correlation coefficient between scores of the structures were determined by the Spearman test.

**Results:** The results showed that only 4.5% of the knowledge and only 9.1% practice tips were desired. Perceived severity, perceived barriers and perceived benefits were reported to be desired in 92.4%, 81.1% and 94.7% of cases, respectively. There was direct correlation between interests with self-efficacy and perceived susceptibility, severity, knowledge and behavior. Also, there was direct correlation between the severity of barriers with and between self-efficacy and barriers to behavior and sensitivity. Between maternal age and the severity of interests and between the number of children significant relationship was observed. And the child's history of ear infection was a significant inverse correlation with practice tips.

**Conclusion:** Appears due to the amount obtained from structures and low scores maternal knowledge and considering the high incidence of ear infections in children under 2 years of educational programs to raise awareness of maternal and improve preventive behaviors of middle ear infections be useful.

**Keywords:** Health belief model, Otitis media infection, Prevention, Mothers