

تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای

پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار

محمدحسین تقدیسی^۱، الهام نژادصادقی^۲

چکیده

عفونتهای دستگاه ادراری از رایج ترین مشکلات طبی در زنان می باشد و به علت تغییراتی که در حاملگی در بدن ایجاد میشود، زنان باردار معمولاً برای ابتلا به عفونتهای ادراری مستعدتر هستند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار انجام شد. این مطالعه، یک بررسی تجربی بود که در آن ۱۱۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان شرکت داشتند که به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات، پرسشنامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود. پس از برگزاری آزمون اولیه، نتایج با آزمونهای کای دو، تی و همبستگی تجزیه و تحلیل شد. سپس محتوای آموزشی بر این اساس طراحی و تدوین و اجرا شد. ۱ ماه پس از مداخله، آزمون ثانویه انجام و داده ها با نرم افزار SPSS-۱۶ تجزیه و تحلیل شد. بین خانم های باردار شاغل و خانه دار از نظر آگاهی، اختلاف معنی داری وجود داشت ($P=0/02$) و میانگین آگاهی افراد شاغل بیش از افراد خانه دار بود. همچنین بین میانگین نمره آگاهی خانم های باردار در سطوح مختلف تحصیلی، تفاوت معنی داری وجود داشت ($P=0/001$). بین میانگین نمره آگاهی و همه سازه های مدل قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری بدست آمد ($P=0/00$). بر اساس این مطالعه، برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری مؤثر می باشد. ضمن اینکه در اجرای این برنامه ها کنترل، پایش و پیگیری آموزشی توصیه می شود.

کلید واژگان: آموزش، الگوی اعتقاد بهداشتی، زنان باردار، عفونت ادراری

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

نوره ۲، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

مقاله اصیل پژوهشی

۱. دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۲. نویسنده مسؤول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- نشانی: تهران- میدان انقلاب- دانشکده بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۰۶۷۱-۳۳۱۶۰۶۱. نمابر: ۰۶۷۱-۲۲۳۱۹۱۰
پست الکترونیکی:
n.sadeghiel1358@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۵/۲۷

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۱/۲۰

پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۳

مقدمه

یکی از اعضای بدن که به طرق مختلف مورد تهاجم عامل عفونت زا قرار میگیرد، دستگاه ادراری است. عفونت های ادراری را می توان سندرمی نظیر سایر سندرم ها دانست که عوامل عدیده ای در آن دخیل می باشند [۱]. وجود باکتری در ادرار، باکتریوری خوانده می شود [۲]. عفونت ادراری در حاملگی به دو دسته علامتدار و بدون علامت طبقه بندی می شود [۳]. باکتریوری بدون علامت شایع ترین عفونت ادراری در طی حاملگی می باشد، که به معنای وجود باکتری در حال تکثیر فعال و پایدار در سیستم ادراری زنی است که علامتی ندارد [۴].

شیوع عفونت ادراری در زنان، یک شاخص مهم بهداشتی جامعه نیز محسوب میشود [۲]. همچنین عفونتهای دستگاه ادراری، دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از کم خونی می باشد که اگر درست کنترل نشود میتواند تأثیر عمده ای بر نتیجه حاملگی داشته باشد [۵، ۶].

در اکثر زنان حامله، عفونتهای مجرای ادراری از وجود باکتری در ادرار بدون علائم مشخص آغاز میشود که قبل از حاملگی وجود داشته است [۷]، که شیوع آن در طی حاملگی ۷-۲ درصد است و وضعیت اقتصادی، نژاد و پاریتی (Parity) بیمار در میزان آن مؤثر است [۸]. این میزان در افراد حامله ناقل کم خونی داسی شکل (Sickle cell trait) ۲ برابر و در افراد دیابتی ۳ برابر افزایش می یابد [۱].

شواهدی وجود دارد دال بر اینکه شیوع عفونت ادراری در زنانی که بیش از ۳ بار زایمان داشته اند، افزایش نمی یابد [۱]. عفونت ادراری به همراه زایمان زودرس و تولد نوزادانی با وزن کم دیده شده است [۹، ۱۰]. همچنین عفونت ادراری را با افزایش شیوع بالارفتن فشارخون ناشی از بارداری و کم خونی مرتبط دانسته اند [۶]. رابطه ای بین وزن زمان تولد و مدت باقی ماندن کودک در رحم مادر با نمرات ضریب هوشی و شیوع ناهنجاریهای عصبی دیده شده است بطوریکه در کودکان زودرس و آنانیکه با وزن کم به دنیا آمده بودند، نمرات ضریب هوشی کمتر و ناهنجاریهای عصبی بیشتر بود

[۶]. لذا بطور خلاصه عفونت ادراری موجب زایمان زودرس و کم وزنی نوزاد می شود که این دو نیز با توجه به مطالب گفته شده روی ضریب هوشی تأثیرگذار هستند [۶، ۹، ۱۰] که این عوارض در ساختار شدت درک شده (بیان نتایج منفی وجدی) قابل استفاده و بازگو کردن است [۱۱].

در صورت عدم درمان باکتریوری بدون علامت در زنان باردار، یک سوم این زنان دچار عفونت حاد کلیه (Acute Pyelonephritis) میشوند که شایعترین علت بستری شدن زنان قبل از زایمان است [۷]. عوارض سوء پیلونفریت حاد بر حاملگی قابل ملاحظه است. زنان حامله دچار پیلونفریت حتی اگر فوراً هم درمان شوند، باز تعداد چشمگیری از آنها نوزادان کم وزن به دنیا می آورند، مرگ و میر جنین در آنها افزایش می یابد، دچار کم خونی، مسمومیت حاملگی و پاره شدن زودرس پرده های جنینی، نارسایی تنفسی و خطر سپتی سمی و شوک می شوند؛ همچنین کودکان متولد شده از مادران مبتلا به پیلونفریت دچار اختلال رشد روانی و حرکتی هستند [۱].

ناآگاهی و رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه ای اجتناب ناپذیر است. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماریها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند [۱۲].

از جمله های رفتارهای مؤثر در پیشگیری از عفونت ادراری بر اساس مطالعات انجام شده، نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه نظافت و عادات مربوط به رفتار جنسی می باشد [۱، ۶، ۷].

ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثر بخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثر بخشی این برنامه ها نیز به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوریها و مدلها در آموزش بهداشت دارد [۱۳]. به عبارت دیگر هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی وجود داشته باشد، اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت را بیشتر خواهد کرد [۱۳].

روش

در این مطالعه تجربی، جامعه آماری شامل خانم های باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان بود. حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مقایسه میانگین های دو گروه، ۱۱۰ نفر محاسبه شد و یکی در میان به طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. لازم به ذکر است که هر زن بارداری که جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز مذکور مراجعه می کرد و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشت به طرح وارد می شد و خانم های بارداری که به دلیل فوریت پزشکی ارجاع داده می شدند از مطالعه خارج می گردیدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای چند قسمتی شامل عوامل تعدیل کننده مشتمل بر اطلاعات دموگرافی (۸ سؤال) و آگاهی (۳۰ سؤال)، ۴۱ سؤال مربوط به ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل موانع (۵ سؤال)، منافع (۵ سؤال)، حساسیت (۵ سؤال)، شدت درک شده (۴ سؤال)، راهنمای عمل (۳ سؤال) و خودکارآمدی (۱۹ سؤال) و سنجش رفتار (۲۶ سؤال) به صورت چک لیست بود. برای سنجش آگاهی، از سؤال های چهار گزینه ای و جهت سنجش ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی، از مقیاس نگرش سنج ۳ گزینه ای لیکرت استفاده شد. نمره قراردادی سازه های حساسیت، شدت، موانع، منافع درک شده به این صورت تعیین شد که به مطلوب ترین حالت، نمره ۲، بدترین حالت نمره صفر و گزینه نظری ندارم، نمره ۱ داده شد. در موانع درک شده به مطلوب ترین حالت، نمره ۲ (یعنی کاهش درک موانع)، بدترین حالت نمره صفر (یعنی اثر درک موانع) و حالت نظری ندارم نمره ۱ داده شد. سؤالات خود کارآمدی و رفتار، براساس مقیاس همیشه، گاهی اوقات، به ندرت و هیچ وقت تنظیم گردید. در این بخش، برای گزینه همیشه، نمره ۳، گاهی اوقات نمره ۲، به ندرت نمره ۱ و هیچ وقت نمره صفر در نظر گرفته شد. در سازه راهنمای عمل، برای هر سؤال ۱ امتیاز در نظر گرفته شد. در هر بخش، مجموع امتیاز بدست آمده، بر اساس صدکها، در ۳ گروه مطلوب (بیشتر از ۷۵ درصد نمره کل)، متوسط (۵۰ تا

الگوی اعتقاد بهداشتی که به عنوان چهارچوب اصلی در این پژوهش به کار رفته، از قدیمی ترین تئوریهای رفتار بهداشتی است و متخصصان مختلف در حوزه های مختلف علوم رفتاری آن را در طراحی و ارزیابی مداخله های رفتاری به کار برده اند.

طبق این الگو، تصمیم و انگیزه شخص در اتخاذ یک رفتار بهداشتی به سه مقوله مجزای ادراک شخصی، رفتارهای تعدیل کننده و احتمال انجام آن عمل یا آن رفتار بر می گردد. درک شخصی (Individual Perception)، عواملی هستند که بر درک بیماری یا ناخوشی و همچنین پیامد یک رفتار بهداشتی اثر می گذارد. احتمال انجام عمل (Likelihood of Action Modifying)، در مورد عوامل مؤثر بر احتمال اتخاذ رفتار مناسب بحث می کند و عوامل تعدیل یا تسهیل کننده (Factors) که شامل متغیرهای دموگرافی، تهدید درک شده و راهنمای عمل هستند نقش خود را پس از ظهور ادراک فردی ایجاد می کنند [۱۳-۱۶].

خود کارآمدی (Self-efficacy)، یک مفهوم جدیداً اضافه شده، بر گرفته از تئوری شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) بندورا (Bandura) است، که در اکثر فرمولهای جدید الگو، به عنوان عامل کلیدی مطرح است و از متغیرهای تعدیل کننده تأثیر می پذیرد.

بندورا، خود کارآمدی را به صورت "اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد یا اعتقاد به توانایی موفق انجام رفتار، برای دستیابی به نتایج" تعریف می کند [۱۱].

با توجه به عوارض ذکر شده عفونت ادراری بر مادر و کودک، لزوم آموزش مادران باردار در این زمینه امری بدیهی است، همچنین در این مطالعه از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان یک چهارچوب مرجع استفاده شد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار انجام گردید.

۷۵ درصد نمره کل) و ضعیف (کمتر از ۵۰ درصد نمره کل) طبقه بندی شد.

روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب با روشهای اعتبار محتوا و آزمون مجدد سنجش و ارزیابی شد. بدین صورت که اعتبار پرسشنامه با استفاده از منابع و مقاله های معتبر علمی با نظر خواهی متخصصان پژوهشی و نیز با استفاده از نظر اصلاحی ایشان تأیید شد. پایایی پرسشنامه، نیز از طریق انجام آزمون مجدد، بررسی و تعیین شد. به این صورت که پرسشنامه توسط ۱۰ خانم باردار (به غیر از گروههای شرکت کننده در مطالعه) تکمیل و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه ها به همان افراد داده شد. بدین ترتیب، ضریب همبستگی ($r=0.83$) تعیین شد.

قبل از انجام مداخله آموزشی، پرسشنامه مذکور برای هر دو گروه شرکت کننده در مطالعه تکمیل شد. پس از جمع آوری و تحلیل اطلاعات پرسشنامه، برنامه آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی و تدوین شد. سپس گروه مورد، در معرض مداخله پژوهشگر، یعنی برنامه آموزش بهداشت قرار داده شدند تا بر اساس این مدل برای ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری، نخست در برابر مساله (ابتلا به عفونت ادراری) احساس خطر کنند (حساسیت درک شده). سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده)، با علایم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می کنند (راهنمای عمل) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای خود را باور نمایند (منافع درک شده)، عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز بر هزینه تر از فواید آن بیابند (موانع درک شده) و به توانمندیهای خود در پیگیری رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری اطمینان کنند، تا در نهایت به ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری نائل آیند. برنامه آموزشی، با استفاده از روشهای سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، ارائه پمفلت و کتابچه در طی ۵ جلسه به اجرا در آمد. روش سخنرانی به دلیل صرفه جویی در وقت و منابع و امکانات، ارائه مطالب زیاد تئوریک در یک جلسه و هم چنین ایجاد

احساس امنیت و مفید بودن در فراگیران انتخاب شد. روش پرسش و پاسخ، بیشتر به منظور مشارکت فراگیران در جریان یادگیری به کار برده شد. محتوای آموزشی، شامل تعریف عفونت ادراری و علایم آن، لزوم توجه به عفونت ادراری بخصوص در دوران بارداری (موانع، منافع، شدت و حساسیت درک شده) و راههای پیشگیری از آن بود. یکماه پس از اجرای برنامه آموزشی، مجدداً اطلاعات مربوط به آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد واحدهای پژوهشی توسط همان پرسشنامه جمع آوری شد. پس از استخراج داده ها، اطلاعات با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد، به این صورت که برای مقایسه میانگین نمره های آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه ها از آزمون تی جفتی و برای مقایسه میانگین نمره آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. مقدار $P < 0.05$ نیز به عنوان سطح معناداری آماری در نظر گرفته شد.

یافته ها

با توصیف داده های گردآوری شده در این پژوهش علاوه بر مشخصات دموگرافیک هر دو گروه مداخله و شاهد (جدول شماره ۱)، یافته ها نشان داد که هیچ گونه اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد از لحاظ متغیرهای دموگرافیک وجود ندارد.

بر اساس نتایج، میانگین سنی واحدهای پژوهش ۲۵ سال بود. ۹۰/۹ درصد واحدهای پژوهش خانه دار و ۹/۱ درصد، شاغل بودند. آزمون آماری تی تست نشان داد که بین افراد شاغل و خانه دار از نظر آگاهی اختلاف معنی داری وجود دارد ($P=0.026$) به طوریکه میانگین آگاهی افراد شاغل بیش از افراد خانه دار بود. ۸/۳ درصد افراد، تحصیلات در سطح ابتدایی، ۲۴/۵ درصد تحصیلات در سطح راهنمایی، ۴۷/۲ درصد تحصیلات در سطح دیپلم و ۲۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین آزمون ANOVA نشان داد، بین میانگین نمره آگاهی خانم های باردار در سطوح مختلف

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال

مشخصات دموگرافیک		گروه مورد		گروه شاهد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	کمتر از ۲۵ سال	۲۷	۴۹/۱	۲۷	۴۹/۱	۵۴	۴۹/۱
	۲۵ تا ۳۰ سال بیشتر	۲۰	۳۶/۴	۲۱	۳۸/۲	۴۱	۳۷/۲۷
	از ۳۰ سال	۸	۱۴/۵	۷	۱۲/۷	۱۵	۱۳/۶۳
	جمع	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰
تحصیلات	ابتدایی	۵	۹/۱	۱۰	۱۸/۲	۱۵	۱۳/۶
	راهنمایی	۱۱	۲۰/۰	۶	۱۰/۹	۱۷	۱۵/۵
	دبیرستان	۲۷	۴۹/۱	۳۰	۵۴/۵	۵۷	۵۱/۸
	دانشگاهی	۱۲	۲۱/۸	۹	۱۶/۴	۲۱	۱۹/۱
	جمع	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰
وضعیت اشتغال	خانه دار	۴۸	۸۷/۳	۵۲	۹۴/۵	۱۰۰	۹۰/۹
	شاغل	۷	۱۲/۷	۳	۵/۵	۱۰	۹/۱
	جمع	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۵۵	۱۰۰

تحصیلی، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P=0/001$).

همچنین قبل از مداخله آموزشی بین گروه مداخله و شاهد، اختلاف معنی داری در میانگین نمره های متغیرهای آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، خودکارآمدی و رفتار وجود نداشت، ولی بعد از مداخله آموزشی، بین گروه مداخله و شاهد در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی داری مشاهده شد. چون در همه متغیرهای مذکور، حد پایین و بالا هر دو مثبت می باشند، می توان گفت میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی گروه مداخله از گروه شاهد بزرگتر می باشد (جدول شماره ۲).

آزمون تی جفتی حاکی از اختلاف معنی دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی بود و چون در همه متغیرهای مذکور، حد پایین و بالا هر دو مثبت می باشد، جدول شماره ۳ توزیع فراوانی نسبی راهنمای عمل را در واحدهای پژوهش نشان می دهد. میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بعد از مداخله، در این گروه بیشتر از قبل مداخله بود. در حالیکه در گروه شاهد با وجود تغییر اندک در میانگین نمرات، هیچ گونه اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره های آگاهی، موانع، منافع، حساسیت، شدت درک شده، خودکارآمدی و عملکرد قبل و بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد

بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیر مورد نظر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۲۰	۲۸/۳۸	۳/۰۴	۲۰/۴۰	مورد	آگاهی
۳/۳۵	۲۰/۴۰	۳/۳۹	۲۰/۳۰	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۸۸			
۲/۱۶	۸/۱۲	۲/۲۲	۶/۴۹	مورد	موانع درک شده
۲/۶۶	۶/۰۵	۲/۶۴	۶/۰۱	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۳۱			
۰/۲۹	۹/۹۴	۱/۲۵	۹/۲۵	مورد	منافع درک شده
۱/۱۰	۹/۲۵	۱/۱۸	۹/۱۸	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۷۵			
۰/۳۲	۹/۹۲	۱/۳۶	۹/۱۰	مورد	حساسیت درک شده
۱/۸۹	۸/۹۰	۱/۹۲	۸/۸۵	شاهد	
p=۰/۰۰		P=۰/۴۲			
۰/۴۲	۷/۸۳	۱/۶۶	۶/۹۶	مورد	شدت درک شده
۱/۳۴	۷/۲۳	۱/۳۰	۷/۱۸	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۴۴			
۳/۱۰	۵۲/۴۰	۵/۳۴	۴۲/۶۵	مورد	خودکارآمدی
۶/۷۳	۴۱/۸۵	۶/۷۹	۴۱/۶۵	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۴۱			
۴/۴۰	۶۸/۲۰	۶/۹۶	۵۳/۸۷	مورد	عملکرد
۶/۸۴	۵۴/۳۴	۶/۸۸	۵۴/۲۰	شاهد	
P=۰/۰۰		P=۰/۸۰			

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی راهنمای عمل در افراد مورد مطالعه

درصد	تعداد	راهنمای عمل
۷۵	۶۸/۲	همسر
۷۹	۷۱/۸	اعضای خانواده
۶۹	۶۲/۷	رسانه های جمعی

بحث

در مطالعه حاضر برای اولین بار در ایران، در زمینه عفونت ادراری، تأثیر مداخله آموزشی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج بررسی ها نشان می دهد که رفتارها و عادات بهداشتی نقش بسیار مهمی در ایجاد عفونت ادراری دارند. پس با آگاهی از عوامل مستعد کننده عفونتهای ادراری و ایجاد تغییر در رفتارهای بهداشتی، می توان گام مؤثری در کاهش عفونت ادراری بخصوص در زنان برداشت [۱۷].

براساس یافته های مطالعه تبریزیان و همکاران، رعایت نکردن برخی نکات بهداشتی در رابطه با رفتارهای جنسی با عفونت ادراری مرتبط بوده، از این رو به منظور پیشگیری از ابتلا زنان همسر دار به عفونت ادراری پیشنهاد می دهد تا برنامه های آموزش بهداشت جنسی برای این گروه اجرا شود [۱۸].

رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی در هر جامعه ای اعم از آموزش دیده، بیسواد، باسواد، ثروتمند یا فقیر دیده می شود. اعتقاد بر این است که رفتار درست یا نادرست بخشی از فرهنگ محسوب شده، آمادگی مردم برای شناخت و عمل کردن به شیوه های درست زندگی در جهت حفظ سلامت و اجتناب از بیماری، نیاز به شکل دادن رفتار آنها دارد [۱۹].

به نظر محققان داشتن آگاهی به تنهایی برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه کافی نیست، بلکه طرز تفکر و نگرش درباره یک بیماری، عامل مهمی در اقدام پیشگیرانه است [۱۶].

یافته های این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزش بهداشت در بهبود آگاهی و عملکرد واحدهای مورد پژوهش در رابطه با رفتار پیشگیرانه از عفونت ادراری تأثیر داشته است. این یافته ها با یافته های پژوهش شریفی راد و همکاران در زمینه آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲ [۲۰] کریمی و همکاران در زمینه ایدز [۲۱] و هزازه یی و همکاران در زمینه حفاظت فردی تنفسی [۲۲] مطابقت دارد.

افزایش نمره میانگین موانع درک شده حاکی از آن است که افراد بعد از مداخله، از موانعی که باعث خودداری آنها از

انجام رفتار پیشگیرانه می شود آگاهی بیشتری یافته و سعی در برطرف نمودن آنها کرده اند. مطالعات متعددی نشان داده اند که موانع درک شده، توانمندترین بعد در بیان و پیش بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی است [۲۳-۲۴].

یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره منافع درک شده پیش از آموزش ۹/۲۵ بود که پس از مداخله به ۹/۹۴ افزایش یافت. نتایج برخی از مطالعات تأکید دارند درک شخص از منافع، مسیر اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را هموار می سازد [۲۳]. بررسی سلطانیان در زمینه حفظ رفتار ورزشی برای افراد در معرض خطر بیماریهای قلبی - عروقی نشان داد که منافع درک شده نقش مهمی در گروه تمرین کننده نسبت به غیر تمرین کننده داشته است [۲۵]. مطالعه دواتی در زنان تهرانی نشان داد که منافع درک شده بیشترین ارتباط را با اتخاذ رفتارهای محافظت کننده در برابر اشعه خورشید دارد [۲۶].

در مطالعه حاضر، میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله ۹/۱۰ بود که بعد از مداخله به ۹/۹۲ افزایش یافت. کارمل با بررسی ۴۶ مطالعه انجام شده با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به این نتیجه رسید که حساسیت درک شده بیشترین قدرت را در پیش بینی رفتار بر عهده دارد [۲۷]. اگر یک فرد نسبت به یک مسئله بهداشتی حساس بوده، معتقد باشد که بدون داشتن علائم بیماری می تواند مبتلا به بیماری باشد، این حساسیت می تواند منجر به پیشگیری از رفتارهای نادرست و ابتلا به آن بیماری شود [۲۱]. الگوی اعتقاد بهداشتی فرد را به سمتی هدایت می کند که آسیب پذیری خود را نسبت به بیماری درک کند و رفتارهای کاهش دهنده خطر را انتخاب نماید [۲۸].

در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره شدت درک شده ۶/۹۶ بود که بعد از مداخله به ۷/۸۳ افزایش یافت. این افزایش می تواند به علت شرکت زنان باردار در کلاسهای آموزشی در خصوص عفونت ادراری باشد. از این جهت که آگاهی از جدی بودن عفونت ادراری و توجه به عوارض آن و هزینه های درمان، عوامل مهمی در جهت

مشابه یافته های سایر و همکاران در اقدام به خود آزمایی پستان [۳۲]، ترسا و همکاران در پیشگیری از رفتارهای خطرناک جنسی [۳۳]، جفیری در پیشگیری از تب استخوان شکن (Dengue) [۳۴]، زمانی علویچه و همکاران در پیشگیری از تغذیه نامناسب [۲۸] و شریفی راد و همکاران در مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ [۲۰] است.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر برای اولین بار در ایران، در زمینه عفونت ادراری، تأثیر مداخله آموزشی را مورد بررسی قرار می دهد، لذا مهمترین محدودیتی که در این مطالعه وجود داشت، نبود مطالعات مشابه به منظور انجام بحث و مقایسه بود. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، انجام مطالعات مشابه در این زمینه پیشنهاد می گردد. همچنین به نظر می رسد استفاده از سایر مدل های آموزشی، توصیه به انجام کنترل، پایش و پیگیری آموزشی در اجرای این برنامه ها، اصلاح برنامه های آموزشی رایج در زمینه عفونتهای ادراری و آموزش به زنان باردار از سوی متصدیان امر آموزش و ارتقای سلامت با بهره گیری از الگوی اعتقاد بهداشتی می توانند موجب کاهش این عفونتها گردند.

نتیجه گیری

از آنجا که آموزش از ارکان اصلی مراقبت های بهداشتی به شمار می رود، لازم است در کشور ما توجه بیشتری به امر طراحی و برنامه ریزیهای آموزشی بر مبنای الگوها و تئوریهای آموزشی و علوم رفتاری و اجتماعی برای بیماریها و موضوعات مختلف بهداشتی گردد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی که در بردارنده نگرشها و عقاید مشارکت کنندگان است می تواند در جهت ارتقای رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری مفید عمل کرده و مؤثر واقع شود. علت تأثیر برنامه حاضر، شاید این امر باشد که در برنامه آموزشی سعی شد از طریق ارزیابی قبل از مداخله، نقطه ضعف ها شناسایی و متناسب با آن، محتوا و راهبردهای آموزشی طراحی گردند. این پژوهش همچنین نشان می دهد که باید برنامه های آموزشی در جهت

ارتقای سطح شدت درک شده در این خصوص است. در مطالعه لالیس و همکاران در دانشجویان آمریکایی نیز بین میزان تهدید درک شده و میزان استفاده از کاندوم ارتباط مستقیمی وجود داشت [۸]. همچنین بررسی لین در بین مهاجرین در تایوان نشان داد که بین شدت و تهدید درک شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر، رابطه معنی داری وجود دارد [۲۹].

در این مطالعه، از تئوری خودکارآمدی نیز استفاده شد. خودکارآمدی، یک اصل ارتباط دهنده بین آگاهی و رفتار و اعتقاد به توانایی خود برای انجام رفتار است و تنها دانستن علل انجام آن رفتار برای فرد و این که او بایستی چه کاری انجام دهد کافی نمی باشد، بلکه بایستی خود را برای انجام آن رفتار خاص توانا بداند [۳۰]. خودکارآمدی درک شده، مقدمه انجام یک رفتار به حساب می آید، بنابراین باید توجه ویژه ای به افزایش خودکارآمدی نمود [۳۰]. در این مطالعه، میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله ۵۳/۸۷ بود که بعد از مداخله به ۶۸/۲۰ افزایش یافت. در مطالعه سانگ نیز مشخص شد که طراحی برنامه ارتقا دهنده خودکارآمدی (از جمله اجزای یادگیری مشاهده ای، انجام رفتار و ترغیب کلامی) می تواند به میزان زیادی بر سطوح خودکارآمدی تأثیرگذار باشد [۳۱].

یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره رفتار پیشگیرانه از عفونت ادراری پیش از آموزش ۵۳/۸۷ بود که پس از مداخله به ۶۸/۲۰ افزایش یافت. همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد که مشارکت همسر و اعضای خانواده به عنوان مهم ترین راهنمای عمل خارجی در افزایش رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری می تواند حائز اهمیت باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد که برنامه آموزش بهداشت طراحی شده براساس الگوی اعتقاد بهداشتی، با ارتقای سطح آگاهی و تأثیر مثبت بر موانع و منافع درک شده، حساسیت و شدت درک شده، تأثیر قابل توجهی در رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری داشته است. نتایج مطالعه ما

ادراری هدایت نماید و در این میان افزایش سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد در زنان باردار بواسطه آموزش امر بدیهی است و مستلزم اقدامات و برنامه ریزیهای گسترده در سطح جامعه می باشد.

سهم نویسندگان

طراحی مطالعه و ایده: الهام نژادصادقی و محمد حسین تقدیسی

جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها: الهام نژادصادقی

نگارش مقاله: الهام نژادصادقی

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

بارور نمودن ذهن مادران نسبت به حساسیت و موانع درک شده صورت پذیرد که در این میان پزشکان، پرسنل بهداشتی درمانی و برنامه های ارایه شده از طریق صدا و سیما از مهم ترین منابع اطلاعاتی برای مادران می باشند.

پیشگیری اولیه از عفونت ادراری به عنوان یک راهکار با هزینه اثربخشی خوب در نظر گرفته می شود. می توان نتیجه گرفت که برنامه ریزیهای آموزشی منسجم و بر پایه نیاز مخاطبین در هر زمان مهمترین سلاح در جهت پیشگیری است. اهمیت توجه روزافزون به سلامت مادر و کودک بر کسی پوشیده نیست، بنابراین تمام کارکنان در بخش پزشکی و بهداشت بایستی مداخلات خود را بر پایه این اصل قرار دهند و آموزش را به عنوان پرچمدار تلاشهای خود مد نظر داشته باشند و تحقق این امر بایستی ما را به جستجوی راه‌حلهای عملی در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت

References

- 1- Tabrizian L. Analysis of elements of susceptibility of urinary infection in married women referred to well known hospitals in Tehran. [dissertation]. Tehran: Tehran university of Medical Sciences; 2002. [In Persian]
- 2- Marjan Khattak A, Khattak S, Khan H, Ashiq B, Mohammad D, Rafiq M. Prevalence of asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *Pak J Med Sci* 2006; 22(2):162-166.
- 3- Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. *Eur J Clin Invest* 2008; 38(S2): 50-57.
- 4- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics, 22nd ed. New York: McGrawHill; 2005.
- 5- Mittal P, Wing DA. Urinary Tract Infections in Pregnancy. *Clin Perinatol J* 2005:749- 764.
- 6- Mashfeghi Z. Analysis of relationship of urinary bacteria without early sign in pregnant mothers referred to the well known hospitals in Shiraz. [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002. [In Persian]
- 7- Einbakhsh Z. Analysis of individual factors affecting the development of urinary tract infections in pregnant women referred to training and Therapeutic centers of Beheshti University of Medical Sciences. [Dissertation]. Tehran: Beheshti University of Medical Sciences; 1997. [In Persian]
- 8- Ebadi M, Rahmanian F. The Assessment of Relationship between Excessive Weight Gain and Urinary Tract Infection in Pregnant Women - Larestan- 2008-2009. *Journal of Microbial World* 2009; 2(3):177-182. [In Persian]
- 9- Bánhidý F, Ács N, Puhó EH, Czeizel AE. Maternal urinary tract infection and related drug treatments during pregnancy and risk of congenital abnormalities in the offspring. *BJOG* 2006; 113:1465-1471.
- 10- Kacmaz B, Cakir O, Aksoy A, Biri A. Evaluation of rapid urine screening tests to detect

- asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Jpn J Infect Dis* 2006; 59:261-263.
- 11- Saffari M, Shojaeizade D, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Pakpour A. Health education and promotion: Theories, models, methods. 1ed. Tehran: Sobhan: Pub; 2009. [In Persian]
- 12- Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F, et al. The effect of health education programe on the knowledge and practice sailors towards HIV/AIDS in Chabahr. *Zahedan University of Medical Science Journal* 2006; 8(1): 29-33. [In Persian]
- 13- Sharifirad Gh, Hassavei MM, Hasanzadeh A, et al. The effect of health education based on HBM model on preventive actions of smoking in grade one middle school students. *Rahavard Danesh Journal, 2007*; 17(65):59-66. [In Persian]
- 14- Ghafari M, Niknami SH, Kasemnejad A, et al. Design and validity HIV/AIDS questionnaire in teen Kermanshah. *Journal of Behbood, 2005*; 11(1): 38-43. [In Persian]
- 15- Rahmati F, Niknami SH, Aminshokravi F, et al. Evaluation HBM Model on planning preventive of HIV/AIDS in the students. Tehran University. The 3rd National Congress on Health Education and Promotion. Hamedan; Hamedan University of Medical Sciences, 2008. [In Persian]
- 16- Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev* 1997; 9(6): 551-63.
- 17- Nasiri Amiri F, Hasangani Roshan M, Hagi Amadi M, Akbarzade Pasha Z. The role of health behaviors in the incidence of urinary tract infection in pregnant women approached to health and treatment centers in Babol city. *Babol University of Medical Sciences Journal* 2006; 8(2): 56-62. [In Persian]
- 18- Tabriziyan L, Nikpoor S, Masroor D, Haghani H. Analysis of sexual behavior with urinary tract infections in married women. Proceedings of the 5th International congress on Gynecology and Obstetrics. 2003 Dec; 7-10; Tehran, Iran. [In Persian]
- 19- Karimi M, Niknami Sh, Heidarnia AR. The effects of health education based on health belief model on prevent action of AIDS on addicted prisoners in Qezelhesar of Tehran. *Qazvin University of Medical Sciences Journal* 2008; 18(70):64-73. [In Persian]
- 20- Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbaght L. Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes: application of health belief model. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2008; 7(4):379-386. [In Persian]
- 21- Karimi M, GHofranipor F, Heidarnia AR. The effect of health education based on health belief model on prevents action of AIDS on addict in zaradieh. *Gilan University of Medical Sciences Journal* 2008; 18(70):64-73. [In Persian]
- 22- Hazavehei SMM, Shadzi Sh, Asgari T, Porabdian S, Hassan zadeh A. The effect of safety education based on health belief model (HBM) on the workers practice of Borujen industrial town in using the personal protection respiratory equipments. *Iranian Journal of Health's work* 2008; 7(1):21-30. [In Persian]
- 23- Mohammadi N, Rafee SH. Health Education, Health Team Guidance. 4th. Tehran: Ministry of Health and Medical Education press 2004. [In Persian]
- 24- Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2009; 12(3):55-66. [In Persian]
- 25- Bagianimoghadam MH, Mazloomi S, Ehrampoosh MH. Evaluation HBM model on KAP of HB in the barbers Yazd. 2001; [8 screens] .Available at URL: <http://www.civilica.com/Papers-NCEH04-0-50-Title-ASC-AI.html>. Accessed Apr 14, 2012. [In Persian]
- 26- Davati A, Moradi M. HBM model and preventive of cancer skin. Proceedings of the 3th national congress on health education and

- promotion. Hamedan: Iran; 2008. P: 88. [In persian]
- 27- Carmel S. The health belief model in the research of AIDS-related preventive behavior. *Public Health Reviews* 1991; 18(1):73-85.
- 28- Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. Application of the Health Belief Model for unhealthy eating prevention among primary school children in Arak/Iran (2004-2005). *Behbood Journal* 2007; 11(4):352-367. [In Persian]
- 29- Lin p, Simoni JM, Zemony. The health belief model, Sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Educ Prev* 2005; 17(5):469-483.
- 30- Hendricks CS, Hendricks DL, Webb SJ, Bonner Davis J, Spencer-Morgan B. Fostering self efficacy as an ethical mandate in health promotion practice and research. Available from: [http://Ethicsjournal.umc.edu/ojs/include/getdoc.php?Id=117 & article= 19& mode](http://Ethicsjournal.umc.edu/ojs/include/getdoc.php?Id=117&article=19&mode). Access: Jun 10, 2008.
- 31- Song KJ. The effects of self efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self efficacy, health behavior and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2003; 33(4):510-518.
- 32- Ceber E, Yucel U, Mermer G, Ozenturk G. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish women academicians in a university. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10(2): 213-218.
- 33- Teresa M. Hooking Up and Sexual Risk Taking Among College Students: A Health Belief Model Perspective. *Am J Health Edu* 2009; 19(9):1196-1209.
- 34- Jeffrey L. The Use of the Health Belief Model in Dengue Health Education. *Dengue J* 2005; 29:217-219.

How to cite this article: Hossein Taghdisi M, Nejad Sadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *Journal of Research & Health* 2012; 2:126-136.