



تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار شهرستان تربت حیدریه

هادی علیزاده سیوکی^{۱*}، رضا فاریابی^۲

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: باتوجه به اهمیت دوران بارداری و ارتقای سلامت مادر و جنین، نقش برنامه‌های آموزشی انکارناپذیر است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از عفونت ادراری در زنان باردار انجام شد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۲۳

روش: این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که بر روی ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر گروه آزمون و ۱۰۰ نفر گروه کنترل) از زنان باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت تربت حیدریه به روش نمونه گیری چند مرحله ای در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل متغیرهای دموگرافیک و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود که روایی و پایایی آن بررسی و مورد تایید قرار گرفت و در دو مرحله قبل و دو ماه بعد از آموزش توسط زنان باردار تکمیل شد. فرضیه‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های مجذور کای و تی مستقل، تی زوجی، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ آزموده شد.

*نویسنده مسئول: هادی

علیزاده سیوکی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

تلفن: ۰۹۱۵۵۳۱۹۷۵۶

پست الکترونیک:

hadializadeh612@gmail.com

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $27 \pm 6/17$ بود. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و سازه‌های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی در مرحله قبل از مداخله وجود نداشت. پس از انجام مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده، منافع درک‌شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی و رفتار در گروه آزمون مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند منجر به بهبود رفتارهای پیشگیرانه عفونت ادراری گردد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این تئوری به‌عنوان چهارچوبی مناسب برای تقویت رفتارهای پیشگیرانه از عفونت‌های ادراری در زنان باردار استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: عفونت ادراری، زنان باردار، رفتارهای پیشگیرانه، مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش



مقدمه

یکی از اعضای بدن که به طرق مختلف مورد تهاجم عامل عفونت قرار می گیرد، دستگاه ادراری است (۱). تغییرات فیزیولوژیک دستگاه ادراری در دوران بارداری، زنان باردار را در خطر ابتلا به عفونت های مختلف قرار می دهد که یکی از آنها، عفونت علامت دار یا بدون علامت در دستگاه ادراری می باشد (۲). عفونت ادراری یک مشکل رایج بهداشتی به شمار می رود و علت ۶-۱ درصد از مراجعات پزشکی می باشد (۲، ۳). شیوع این بیماری در سه ماهه اول بارداری ۱۱/۷ درصد و در سه ماهه سوم بارداری ۶/۱ درصد گزارش شده است. سالانه ۲۵ درصد زنان به عفونت های دستگاه ادراری مبتلا می شوند و سالانه ۱۵۰ میلیون نفر برای بررسی این عفونت یا علائم مربوط به آن به پزشکان مراجعه می کنند (۴).

بیش از ۴۰ تا ۵۰ درصد خانم ها طی حیات خود دست کم یکبار به عفونت علامت دار دستگاه ادراری دچار می شوند. هزینه های سالیانه ۷ میلیون وقوع عفونت ادراری در زنان جوان ایالت متحده بالغ بر ۱ میلیارد دلار برآورد شده است (۵). در مطالعه Lee و همکاران (۶)، شیوع عفونت ادراری در زنان بنگلادشی ۸/۹ درصد و در مطالعه اسلامی و همکاران در گناباد (۷) ۱۴/۵ درصد گزارش شده است. در مطالعات مختلف ارتباط بین عفونت ادراری با زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، پرفشاری خون مادر، عقب ماندگی ذهنی گزارش شده است (۸، ۹). کاهش بروز احتمال عفونت های در دوران بارداری و پیشگیری از آنها مقدم بر درمان آنتی بیوتیکی است، زیرا در این زمینه مادر باردار نه تنها درد و رنج ناشی از بیماری را ندارد بلکه دچار عوارض ناشی از درمان دارویی و مقاومت آنتی بیوتیکی نیز نخواهد شد (۱۰).

به منظور پیشگیری از بروز بیماری های متعدد محققان از مدل ها برای تغییر رفتار کمک گرفته اند که یکی از این مدل های مؤثر در امر آموزش و ارتقاء سلامت مدل اعتقاد بهداشتی می باشد (۱۴، ۱۳). مدل اعتقاد بهداشتی اولین تئوری است که انحصاراً جهت رفتارهای مرتبط با سلامت

به وجود آمد (۱۶، ۱۵). این مدل رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می دهد و براین فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده براساس اعتقادات شخص بوده و این اعتقادات شامل موارد زیر است: ۱- آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری ۲- تأثیر وقوع بیماری در زندگی فرد ۳- تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری (۱۱، ۱۲).

مدل اعتقاد بهداشتی در جهت توسعه پیام هایی استفاده می شود که مردم را برای اتخاذ تصمیم درست ترغیب نماید (۱۳، ۱۴). درواقع این مدل کمک می کند تا رفتارها را بشناسیم، نقاطی که بایستی تغییر رفتاری داده شود را شناسایی کنیم و تصمیم گیری را آسان سازیم. این مدل برای تغییر رفتار در زمینه بیماری هایی مانند پرفشاری خون، اختلالات تغذیه ای، قرص های پیشگیری از حاملگی و خودآزمایی پستان کاربرد دارد (۱۵). ساختارهای این مدل شامل: حساسیت درک شده، این باور ذهنی که شخص ممکن است دچار یک بیماری یا حالت زیانباری در نتیجه یک رفتار خاص شود. شدت درک شده، اعتقاد به وسعت زیان حاصل از ابتلا به یک بیماری یا وضعیت آسیب زای ناشی از یک رفتار خاص. موانع درک شده، اعتقاد به هزینه های متصور پیگیری یک رفتار جدید. مزایای درک شده؛ اعتقاد به مزایای روش های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیانبار ناشی از یک رفتار خاص. راهنما برای عمل، نیروهای تسریع کننده ای که موجب احساس فرد به انجام عملی می شود. خودکارآمدی، اطمینان فرد به توانایی های خود در پیگیری یک رفتار (۱۶).

این پژوهش با هدف تاثیر آموزش بهداشت مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر تربت حیدریه انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که بر روی ۲۰۰ نفر از زنان باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت در



سال ۱۳۹۶ در شهر تربت حیدریه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. به این صورت که در ابتدا شهرستان تربت حیدریه به ۴ منطقه تقسیم شد. سپس براساس روش نمونه‌گیری طبقه‌ای از هر منطقه یک مرکز خدمات جامع سلامت به طور تصادفی انتخاب شد. بعد از انتخاب ۴ مرکز، دو مرکز به گروه آزمون و دو مرکز به گروه کنترل به صورت تصادفی ساده اختصاص داده شد. حجم نمونه در سطح خطای ۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مقایسه میانگین‌های دو گروه براساس مطالعات پیشین (۱۷) با در نظر گرفتن میزان ریزش ۱۰۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن پرونده بهداشتی در مرکز، عدم ابتلا به عفونت‌های ادراری، بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت و کم‌خونی، انصراف از مطالعه در حین انجام مداخله آموزشی، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم مصرف آنتی‌بیوتیک و داروهای مهار کننده سیستم ایمنی و بروز هرگونه فوریت‌های مامایی و عدم تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

پس از هماهنگی‌های لازم با معاونت بهداشتی به مراکز و پایگاه‌های ضمیمه مدنظر مراجعه شد. اهداف شرکت در مطالعه برای پرسنل و نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شما محرمانه خواهد ماند و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها نمی‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که مشمول سه بخش می‌شد. بخش اول مربوط به سوالات دموگرافیک از قبیل سن، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، تعداد فرزندان و بخش دوم شامل ۱۰ سوال آگاهی بود که با گزینه‌های بلی، نمی‌دانم و خیر سنجیده می‌شد، سنجش آگاهی بدین صورت بود که به پاسخ بلی نمره ۲، نمی‌دانم نمره ۱ و خیر نمره صفر تعلق می‌گرفت. بخش سوم مربوط به سازه‌های مدل بود که شامل حساسیت درک شده (۵ سوال)، شدت درک شده (۵ سوال)، موانع درک شده (۵ سوال)، منافع

درک شده (۵ سوال)، خودکارآمدی (۴ سوال)، راهنما برای عمل (۴ سوال) با مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای موافقم، نظری ندارم و مخالفم که نمره‌گذاری به ترتیب با نمرات ۳، ۲ و ۱ صورت گرفت. رفتار نیز با (۶ سوال) با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز که نمره‌گذاری به ترتیب با نمرات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ انجام شد. در قدم بعدی کفایت حجم نمونه با استفاده از آزمون کایزرالکین محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۷۱ به دست آمد که مورد تایید است.

روایی پرسشنامه به کمک ده متخصص مرتبط، ارزیابی گردید و سپس با انطباق جدول لاوشه، روایی محتوای سوالات، بالای ۰/۷ تایید شد، همچنین در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ سازه‌ها با هدف ارزیابی پایایی داده‌ها گزارش شده است. بدین صورت که پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از زنان مراجعه کننده تکمیل شد. براساس نظرات و پیشنهادات دریافتی از طرف افراد مذکور، تغییرات لازم جهت وضوح آیتم‌ها انجام شد که این ضریب برای سازه آگاهی برابر ۰/۷۷، حساسیت درک شده ۰/۸، شدت درک شده ۰/۸۲، موانع درک شده ۰/۷۱، منافع درک شده ۰/۷۶، خودکارآمدی ۰/۸۱، راهنما برای عمل ۰/۷۹ و رفتار ۰/۸۳ گزارش شد. سپس پرسشنامه اولیه توسط مادران باردار (مراکز آزمون و کنترل) تکمیل گردید. در مرحله بعد پرسشنامه‌های تکمیل شده، آنالیز و نیازهای آموزشی تعیین و محتوای آموزشی طراحی شد. سپس تعداد ۳ جلسه آموزشی برای گروه آزمون و هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه با حضور محقق برگزار شد. در جلسات برگزار شده براساس اهداف آموزشی تعیین شده در خصوص بیان اهداف دوره و انتظارات، آشنایی زنان باردار با سیستم ادراری تناسلی و تعریف عفونت ادراری، علائم بیماری و راه‌های کنترل و پیشگیری از آن، تبیین اهمیت عفونت ادراری در زنان باردار با ارائه آمار و ارقام، پیامدهای جسمی، روانی و خانوادگی ابتلا به عفونت ادراری و تاثیر آن بر کیفیت زندگی خود و اعضای خانواده، درک عمق، شدت و جدی بودن عوارض،



آشنایی زنان باردار با نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی سالم، عادات ادراری صحیح و تاثیر آن بر پیشگیری از ابتلا به عفونت ادراری، آشنایی با عادات مربوط به رفتارهای جنسی، نحوه صحیح انجام آزمایش ادرار در جهت تشخیص عفونت، فواید حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری کننده و موانع موجود در انجام این رفتارها با شرکت کنندگان بحث و تبادل نظر گردید. در جلسات از اسلاید، سخنرانی، پرسش و پاسخ و نمایش فیلم استفاده شد و در پایان به مادران باردار جهت تکمیل فرایند آموزش پمفلت و کتابچه آموزشی داده شد. بعد از اتمام دوره آموزش مدت انتظار دو ماه (براساس مطالعات مشابه) در نظر گرفته شد. پس از گذشت مدت زمان انتظار مجدداً همان پرسشنامه توسط مادران باردار گروه آزمون و کنترل باردار تکمیل شد و نتایج حاصل از این پرسشنامه ها (پیش آزمون) و نتایج حاصله از تکمیل پرسشنامه هایی که در ابتدای برنامه تکمیل شد (پس آزمون) جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، تی زوجی،

کای اسکوتر، رگرسیون خطی و همبستگی پیرسون، در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. شایان ذکر است که برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. در پایان برنامه نیز برای رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی آموزش هایی که به گروه آزمون داده شده بود برای گروه کنترل نیز با همان کمیت و کیفیت ارائه شد.

یافته ها

در تحقیق حاضر، ۱۰۰ زن باردار در گروه آزمون و ۱۰۰ زن باردار در گروه کنترل با میانگین سنی ۲۷ سال شرکت نمودند. گروه آزمون در یک برنامه مداخله ای، آموزش های پیشگیری از عفونت های ادراری در دوران بارداری را براساس مدل اعتقاد بهداشتی دریافت نمودند. دو گروه آزمون و کنترل براساس نتایج آزمون کای دو، با خطای نوع اول ۰/۰۵ تفاوت معنی داری از نظر متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد بارداری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دمو گرافیک زنان باردار در گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون (تعداد(درصد)	گروه کنترل (تعداد(درصد)	مقدار P
سن	۱۵-۲۰	۱۴	۰/۵۲
	۲۱-۲۵	۴۵	
	۲۶-۳۰	۳۶	
	>۳۰	۵	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۸	۰/۲۵
	دیپلم	۴۴	
	لیسانس	۱۹	
	مقاطع بالاتر	۹	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۶۸	۰/۳۸
	شاغل	۳۲	
تعداد بارداری	۱	۵۵	۰/۲۴
	۲	۲۶	
	۳	۱۱	
	>۳	۸	



آموزشی در گروه آزمون از نظر آماری معنی دار می باشد ($P < 0/05$). اما در گروه کنترل معنی دار نمی باشد ($P < 0/05$). همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد که اختلاف میانگین تغییر نمرات آگاهی، رفتار، حساسیت و شدت درک شده، خودکارآمدی، منافع درک شده، موانع درک شده بین دو گروه آزمون و کنترل معنی دار می باشد ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

سازه های تئوری	گروه مورد مطالعه	آزمون $N=100$ Mean $\pm$ SD	کنترل $N=100$ Mean $\pm$ SD	P آزمون**
رفتار	قبل از مداخله	۱۶/۳۵ $\pm$ ۲/۱	۱۶/۸۶ $\pm$ ۲/۱	۰/۱
	بعد از مداخله	۱۷/۹۷ $\pm$ ۲/۵	۱۶/۹ $\pm$ ۲	۰/۰۰۱
P آزمون*		۰/۰۰۴	۰/۱۷	-
آگاهی	قبل از مداخله	۲۶/۳۵ $\pm$ ۳/۱	۲۶/۵۵ $\pm$ ۲/۷	۰/۱۷
	بعد از مداخله	۲۹/۵۴ $\pm$ ۵/۱	۲۷/۱ $\pm$ ۳/۱	۰/۰۰۲
P آزمون*		۰/۰۰۳	۰/۱۲	-
شدت درک شده	قبل از مداخله	۱۲/۹۳ $\pm$ ۱/۹۸	۱۳/۱۹ $\pm$ ۲/۱۳	۰/۵۳
	بعد از مداخله	۱۵/۰۸ $\pm$ ۲/۵۵	۱۳/۵۳ $\pm$ ۲/۲۲	۰/۰۰۰۱
P آزمون*		۰/۰۰۰۱	۰/۱۵	-
حساسیت درک شده	قبل از مداخله	۱۲/۳۲ $\pm$ ۲/۱۳	۱۲/۲۷ $\pm$ ۱/۹۶	۰/۴۱
	بعد از مداخله	۱۴/۸۸ $\pm$ ۳/۴۲	۱۲/۵۸ $\pm$ ۲/۱	۰/۰۰۰۲
P آزمون*		۰/۰۰۱	۰/۱۱	-
خودکارآمدی	قبل از مداخله	۹/۵ $\pm$ ۲/۱۱	۹/۴۶ $\pm$ ۱/۹۰	۰/۰۷
	بعد از مداخله	۱۱/۳۴ $\pm$ ۳/۴۱	۹/۹۶ $\pm$ ۲	۰/۰۰۰۳
P آزمون*		۰/۰۰۰۱	۰/۱۱	-
منافع درک شده	قبل از مداخله	۱۴/۵۸ $\pm$ ۳/۹۹	۱۳/۳۵ $\pm$ ۱/۵۳	۰/۲۳
	بعد از مداخله	۱۶/۳۵ $\pm$ ۴/۲۸	۱۳/۶۹ $\pm$ ۱/۶۲	۰/۰۰۱
P آزمون*		۰/۰۰۱	۰/۲۵	-
موانع درک شده	قبل از مداخله	۱۰/۴۴ $\pm$ ۲/۵	۱۰/۵۴ $\pm$ ۱/۵	۰/۶۸
	بعد از مداخله	۶/۵۵ $\pm$ ۲/۱	۱۰/۵۵ $\pm$ ۲/۶	۰/۰۰۱
P آزمون*		۰/۰۴	۰/۱۳	-
راهنما برای عمل	قبل از مداخله	۱۰/۵۴ $\pm$ ۱/۹۹	۱۰/۱۲ $\pm$ ۱/۹۴	۰/۴۱
	بعد از مداخله	۱۳/۵ $\pm$ ۲/۴۴	۱۰/۷۳ $\pm$ ۱/۸	۰/۰۰۰۲
P آزمون*		۰/۰۵۰	۰/۰۹	-



نشان داد که صرفاً منافع درک شده دارای تاثیر مثبت معنی دار بر رفتار داشته است و به ازای یک واحد افزایش در متغیر منافع درک شده، ۰/۲۴۷ واحد افزایش در متغیر رفتار ایجاد می شود (جدول ۴).

آزمون آماری همبستگی پیرسون نشان داد رابطه ی همبستگی تغییرات رفتار مادران باردار گروه آزمون با تغییرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی مثبت و معنی دار می باشد (جدول ۳). همچنین آنالیز رگرسیون خطی

جدول ۳: همبستگی بین ساز

متغیر	شدت درک شده	موانع درک شده	منافع درک شده	خودکارآمدی	حساسیت درک شده	راهنما برای عمل	رفتار
شدت درک شده							
موانع درک شده	r = ۰/۶۲۷						
	p = ۰/۰۰۰۳						
منافع درک شده	r = ۰/۶۷۳	۰/۸۰۷					
	p = ۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۰۵					
خودکارآمدی	r = ۰/۴۶۲	۰/۵۶۱	۰/۵۱۴				
	p = ۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۴	۰/۰۰۰۲				
حساسیت درک شده	r = ۰/۸۱۱	۰/۶۰۴	۰/۵۳۱	۰/۵۱۲			
	p = ۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۲			
راهنما برای عمل	r = ۰/۶۳۷	۰/۵۰۳	۰/۴۲۱	۰/۵۱۰	۰/۴۱۸		
	p = ۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۰۷	۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۸		
رفتار	r = ۰/۵۴۶	۰/۵۷۶	۰/۴۶۰	۰/۶۱۲	۰/۶۰۵	۰/۵۱۲	
	p = ۰/۰۰۰۴	۰/۰۰۰۶	۰/۰۰۰۷	۰/۰۰۰۷	۰/۰۰۰۶	۰/۰۰۰۱	

جدول ۴: تاثیر مطلق تغییرات هر یک از متغیرهای مستقل (سازه های مدل) بر تغییرات متغیر وابسته (رفتار) در گروه آزمون

متغیر	B	Std.Error	Beta	t	Sig
Constant	۲/۷۳۸	۰/۷۳۵		۳/۹۱۲	P<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	۰/۱۱۸	۰/۱۷۳	۰/۰۷۹	۰/۷۳۰	۰/۴۲۶
منافع درک شده	۰/۵۵۱	۰/۲۳۹	۰/۲۴۷	۲/۴۵	۰/۰۱۷



شدت درک شده	۰/۱۱۰	۰/۱۶۴	۰/۰۷۶	۰/۷۱۲	۰/۴۶۴
موانع درک شده	۰/۱۵۶	۰/۱۳۳	۰/۰۹۸	۱/۰۱۲	۰/۳۱۲
خودکارآمدی	۰/۰۷۸	۰/۱۲۲	۰/۰۶۳	۰/۶۷۳	۰/۶۰۱
راهنما برای عمل	۰/۱۸۵	۰/۱۰۹	۰/۱۸۲	۱/۷۰۲	۰/۴۱۱

بحث

نتایج مطالعه فوق حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در بین زنان باردار براساس مدل اعتقاد بهداشتی در بین نمونه‌های پژوهش بوده است. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند سبب افزایش آگاهی، تغییر در سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و افزایش اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در مادران باردار شود. این امر حاکی از اثربخشی محتوای آموزشی تدوین شده در افزایش اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری بوده است.

تغییر نمره آگاهی در گروه آزمون علاوه بر پژوهش حاضر در بسیاری از مطالعات مداخله‌ای که در این زمینه صورت گرفته‌اند مشابهت و همسویی دارد، از قبیل یافته‌های پژوهش نصیرزاده و همکاران، احمدی و همکاران، مطالعه یزدی و همکاران (۹) Navaro و همکاران (۱۸) که در راستای مطالعه حاضر بود. لذا، پیشنهاد می‌گردد به منظور تغییر رفتار و توانمندکردن زنان باردار درخصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری، افزایش آگاهی زنان به عنوان آغازگر تغییر رفتار در برنامه‌های آموزشی از طرف مراقبین سلامت و ماماهاى مراکز خدمات جامع سلامت در نظر گرفته شود.

در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره رفتار افراد ۱۶/۳۵ بود که بعد از مداخله به ۱۷/۹۷ افزایش یافت. این افزایش می‌تواند به دلیل شرکت زنان باردار در کلاس‌های آموزشی برگزار شده درخصوص عفونت ادراری باشد. که در این مطالعه سعی شد جهت ارتقاء رفتارهای

پیشگیری‌کننده در زنان رؤس آموزش براساس آنالیز ناشی از پیش‌آزمون تهیه شد؛ از قبیل عادات مربوط به رفتارهای جنسی، عادات غذایی سالم، تاکید بر نحوه لباس‌پوشیدن که در قالب بحث گروهی و نمایش فیلم صورت گرفت. همسو با این پژوهش در مطالعه مرادپور و همکاران (۱۹) با عنوان تأثیر مداخله آموزشی براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت‌های ادراری در زنان باردار با مداخلاتی که صورت گرفت میزان بروز عفونت ادراری در گروه آزمون ۴/۳ و در گروه کنترل ۲۳/۳ گزارش شد. آگاهی از جدی بودن عفونت ادراری و توجه به عوارض و هزینه‌های درمان آن، نقش مهمی در جهت ارتقای سطح نگرش افراد در این خصوص دارد. به نظر محققین برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه داشتن آگاهی صرفاً به تنهایی کافی نیست، بلکه باورها، اعتقادات و نگرش‌های افراد نسبت به موضوع مورد نظر، نقش بسیار مهمی در اقدامات پیشگیرانه دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد (۲۰).

در ارتباط با حساسیت درک شده، میانگین نمره این متغیر در گروه آزمون افزایش معناداری را پس از آموزش نشان داد و بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد که این یافته با نتایج مطالعات پاپایی و همکاران (۲۱) Norman و همکاران (۲۲)، موسوی و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. از آنجایی که حساسیت درک شده دارای یک جزء شناختی قوی بوده و تاحدودی وابسته به آگاهی افراد است. می‌توان گفت که آموزش با افزایش سطح آگاهی درمورد عفونت‌های ادراری و افزایش اطلاعات در ارتباط با علائم ابتلا به آن توانسته است موجب افزایش حساسیت درک شده در افراد گروه آزمون شود؛ در نتیجه آن‌ها در مقایسه با افراد گروه



کنترل خود را بیشتر از قبل مستعد ابتلا به این بیماری دانسته‌اند. شدت درک شده، درک ذهنی فرد از وخیم و جدی بودن عوارض و پیامدهای ناشی از عدم رعایت صحیح رفتارهای بهداشتی است که مداخله‌گر در صدد افزایش این آیتیم است در همین راستا طبق نتایج مطالعه حاضر میانگین شدت درک شده در گروه مداخله افزایش یافته است که با مطالعه جوړوند (۲۴) و ابراهیم‌زاده (۲۵) همخوانی داشت، اما با مطالعه حسینی (۲۶) همخوانی نداشت که احتمالاً تفاوت در خصوصیات فرهنگی و آداب و رسوم جامعه مورد مطالعه یا تعداد حجم نمونه می‌تواند از علل عدم این همخوانی باشد. در مطالعه حاضر موانع درک شده، درک ذهنی فرد از هزینه‌های مادی و روانی رفتارهای بهداشتی توصیه شده مربوط به عفونت ادراری است که پژوهشگر اقدام به کاهش آن نموده است. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره موانع درک شده کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. در همین راستا در مطالعه‌ای که توسط امید و همکاران (۲۷) و علیزاده سیوکی و همکاران (۲۷) با عنوان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای دانش‌آموزان انجام شد، نشان دادند که آموزش سبب کاهش معنی‌دار موانع درک شده بر سر راه اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای دانش‌آموزان گروه آزمون شد. در این پژوهش، منافع درک شده، درک ذهنی فرد از اثرات و پیامدهای مثبت رفتارهای بهداشتی توصیه شده مربوط به عفونت ادراری است که پژوهشگر اقدام به افزایش آن نموده است. در همین راستا میانگین نمره‌ی منافع درک شده گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی افزایش چشمگیری داشت. بنابراین، مداخله آموزشی توانسته است از طریق افزایش آگاهی، منافع درک شده را از طریق آموزش در مخاطب افزایش دهد. در مطالعه علیزاده سیوکی و همکاران نیز افزایش آگاهی دانش‌آموزان نسبت به تهدید سلامت، سبب افزایش نمره منافع درک شده‌ی رفتارهای تغذیه‌ای شد (۲۷). در مطالعه حاضر خودکارآمدی، درک ذهنی فرد از توانایی‌هایش برای انجام شایسته رفتارهای

بهداشتی مربوط عفونت ادراری است که هدف پژوهشگر افزایش این درک ذهنی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی زنان در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل قبل و بعد از مداخله، افزایش معنی‌داری داشت که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ادراکات مربوط به رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در مادران باردار می‌باشد. از آنجا که خودکارآمدی بالاتر با مدیریت بهتر شیوه زندگی در انتخاب رفتارهای سالم همراه می‌باشد، افزایش خودکارآمدی نظیر الگوی نقش، ترغیب کلامی و اطمینان بخشی و شکستن رفتار به اجزاء کوچکتر در مداخلات می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای بر اتخاذ رفتارهای مربوط به سلامت داشته باشد. نتایج این مطالعه هم‌راستا با مطالعه جیهونی و همکاران (۱۳) با عنوان تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در مادران دارای کودک زیر ۶ سال بود و همچنین مطالعه سیدرجبی‌زاده و همکاران (۲۸) با عنوان تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت بود. آن‌ها خودکارآمدی را به عنوان یک رکن مهم و تاثیرگذار در اغلب برنامه‌های آموزشی قلمداد کردند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم دسترسی به زنان بارداری که علی‌رغم داشتن پرونده در مراکز خدمات جامع سلامت به پزشک خصوصی برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌کردند و ارتباط کمتری با مراکز بهداشتی درمانی داشتند و در نتیجه مشکل تعمیم نتایج به این گروه اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد مطالعه حاضر در یک دوره پیگیری طولانی‌تر جهت پیگیری تداوم رفتار و همچنین در محیط‌های بالینی مختلف (از جمله بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌ها) اجرا گردد.

نتیجه‌گیری



تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع گزارش نشده است.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این مقاله حاصل نتایج طرح تحقیقاتی با کد مصوب ۴۰۳۰۰۰۳۴ و تاییدیه کمیته اخلاق (IR.THUMS.REC.1394.66) در دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه می باشد.

مشارکت نویسندگان

ارائه ایده و جمع آوری و آنالیز داده ها: هادی عزیزاده سیوکی، رضا فاریابی

نوشتن نسخه مقاله: هادی عزیزاده سیوکی، رضا فاریابی

تایید نسخه نهایی: هادی عزیزاده سیوکی، رضا فاریابی

باتوجه به نتایج مطالعه در مورد کارایی مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری در زنان باردار شهرستان تربت حیدریه و اینکه در این زمینه با افزایش آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، فواید درک شده و خودکارآمدی شرکت کنندگان در مطالعه رفتارهای پیشگیری کننده در آن ها افزایش می یافت و بالعکس این افزایش آگاهی موانع درک شده برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را در آن ها کاهش می داد، می توان نتیجه گرفت که این مدل می تواند به عنوان یک چهارچوب مناسب در جمعیت های وسیع تر برای بهبود رفتارهای پیشگیرانه از عفونت های ادراری استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و کلیه پرسنل شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می گردد.

References:

1. Bono MJ, Leslie SW, Reygaert WC. Uncomplicated Urinary Tract Infections. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Stephen Leslie declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Wanda Reygaert declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
2. Azami M, Jaafari Z, Masoumi M, Shohani M, Badfar G, Mahmudi L, et al. The etiology and prevalence of urinary tract infection and asymptomatic bacteriuria in pregnant women in Iran: a systematic review and Meta-analysis. BMC urology. 2019;19:1-15.
3. de Vasconcelos-Pereira EF, Figueiró-Filho EA, de Oliveira VM, Fernandes ACO, de Moura Fé CS, Coelho LR, et al. Urinary tract infection in high risk pregnant women. infection. 2013;7(25):27-30.
4. Shashi Kant SK, Ayush Lohiya AL, Arti Kapil AK, Gupta S. Urinary tract infection among pregnant women at a secondary level hospital in Northern India. 2017.
5. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. American journal of obstetrics and gynecology. 2018;219(1):40-51.
6. Lee AC, Mullany LC, Koffi AK, Rafiqullah I, Khanam R, Folger LV, et al. Urinary tract infections in pregnancy in a rural population of Bangladesh: population-based prevalence, risk factors, etiology, and antibiotic resistance. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020;20:1-11.
7. Eslami V, Sany SBT, Tehrani H, Ghavami V, Peyman N. Examining health literacy and self-efficacy levels and their association with preventive behaviors of urinary tract infection in Iranian pregnant women: across sectional study. BMC Women's Health. 2023;23(1):258.
8. Kalinderi K, Delkos D, Kalinderis M, Athanasiadis A, Kalogiannidis I. Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018;38(4):448-53.



9. Yazdi S, Alidousti K, Tirgari B, Jahani Y. Effect of integrated health promotion intervention and follow up on health issues (clothing way, food habits, urinary habits, sexual behavior habits) related to urinary tract infection among pregnant women. A randomized, clinical trial. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2020;61(2):E194.
10. Rejali M, Ahmadi SS. Prevalence of urinary tract infection and associated effective factors during pregnancy in Shahrekord, Iran. *Epidemiology and Health System Journal*. 2018;5(2):55-9.
11. Tehrani FJ, Nikpour S, Kazemi EAH, Sanaie N, Panahi SAS. The effect of education based on health belief model on health beliefs of women with urinary tract infection. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2014;2(1):2.
12. Seyedrajabizadeh S, Tavakoli R, Shojai-Zadeh D. The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on the Promotion of Preventive Behaviors of Urinary Tract Infections in Pregnant Women Referred to Comprehensive Health Centers in Dezful, Iran, 2019-2020. *Journal of health System Research*. 2021;17(2):104-10.
13. Bazargani Z, Sarikhani F, Darenjani SK, Amirkhani M, Harsini PA, Khani Jeihooni A. Effect of Educational intervention based on Health Belief Model on promoting preventive behaviours of urinary tract infections in mothers with children under 6-Years of age. *BMC women's health*. 2022;22(1):409.
14. Raza S, Pandey S, Bhatt C. Microbiological analysis of the urine isolates in kathmandu medical college teaching hospital, kathmandu, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*. 2011;9(4):295-7.
15. Hariati H, Suza DE, Tarigan R. Risk factors analysis for catheter-associated urinary tract infection in Medan, Indonesia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2019;7(19):3189.
16. Ghorbani-Dehbalaei M, Loripoor M, Nasirzadeh M. The role of health beliefs and health literacy in women's health promoting behaviours based on the health belief model: a descriptive study. *BMC women's health*. 2021;21(1):421.
17. Taghdisi MH, Nejadsadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *Journal of Research and Health*. 2012;2(1):44-54.
18. Navarro A, Sison JM, Puno R, Quizon T, Manio LJJ, Gopez J, et al. Reducing the incidence of pregnancy-related urinary tract infection by improving the knowledge and preventive practices of pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019;241:88-93.
19. Moradpour S, Shahnazi H, Hassanzadeh A. Application of Theory of Planned Behavior in Pregnant Women Training Regarding Urinary Tract Infection Prevention Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Community health equity research & policy*. 2023;43(4):413-20.
20. Jalali M, Shamsi M, Roozbahani N, Kabir K. The effect of education based on the theory of planned behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2014;12.(۳)
21. Nejadsadeghi E, Vakili-Basir A, Norouzi S, Dehghani SL, Papi S. The impact of theory-based education on promoting urinary tract infection prevention behaviours among elderly diabetic women—experimental study. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*. 2024;23(1):41-52.
22. Norman P, Conner P. Predicting health behaviour: a social cognition approach. *Predicting health behaviour*. 2005;1(478):17-8.
23. Mosavi Z, Amini M, Mohammadi Z, Birjandi M, Rashidi K. The effect of home care education to parents based on health belief model on recurrent urinary tract infection of children. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2020;28(1):56-66.
24. Jorvand R, Tavousi M, Ghofranipour F. Determinants of the regular physical activity among employees of healthcare network: Application of health belief model. *Journal of Education and Community Health*. 2018;5(3):4-12.
25. Zahmatkesh Rokhi N, Ebrahimzadeh Zagami S, Mazloun SR, Moradi M. The effect of health belief model-based education on high-risk physical inactivity behavior in female students of Mashhad University of Medical Sciences. *Nursing and Midwifery Journal*. 2022;19(11):846-56.
26. Hosseini H, Moradi R, Kazemi A, Shahshahani MS. Determinants of physical activity in middle-aged woman in Isfahan using the health belief model. *Journal of education and health promotion*. 2017;6(1):26.
27. Mohammadi N, Hooshian M, Omid A, Soltanian A. The effect of health belief model education on nutrition behavior of boys in secondary schools in Hamadan. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2019;26(6):397-406.
28. Seyed-Rajabizadeh S, Shojazadeh D. The effect of educational intervention based on health belief model on the promotion of preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women referred to comprehensive health centers in Dezful, Iran, 2019-2020. *HSR*. 2021;17(2):104-10.



Effect of Education Based on the Health Belief Model (HBM) on Promoting Preventive Behaviors of Urinary Tract Infections (UTI) in Pregnant Women Referred to Comprehensive Health Centers in Torbat Heydariyeh City

Hadi Alizadeh Siuki^{*1}, Reza Faryabi²

- 1- Department of Public Health, School of Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
- 2- Department of Public Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2024/07/9

Accepted: 2024/10/14

*Corresponding Author:

Hadi Alizadeh Siuki:

Department of Public Health,
School of Health, Torbat
Heydariyeh University of Medical
Sciences

TEL: 09155319756

Email:

(hadializadeh612@gmail.com)

Abstract

Introduction: Considering the importance of improving maternal and fetus health during pregnancy, the role of training programs is undeniable. This study aimed to examine the effect of education based on the Health Belief Model (HBM) on the promotion of urinary tract infection-preventing behaviors in pregnant women.

Methods: The Aquasi-experiment was conducted on 200 Pregnant women (intervention 100 and control 100) referred to Torbat Heydariyeh city health centers by random cluster sampling method in 2017. The data collection tool was a questionnaire based on the HMB model and demographic variables, for which the validity and reliability were reviewed and confirmed. The next step This questionnaire was completed in two stages: before and two months after training. The study hypotheses were tested using the chi-square and independent t-tests, paired t-tests, regression, and Pearson's tests at a significance level of 0.05.

Results: The average age of the participants was 27 ± 6.17 . There was no significant difference in terms of demographic variables and different dimensions of the HBM between the two study groups in the pre-intervention stage. However, after receiving training from the experimental group, a significant difference was observed in the mean and standard deviation (SD) of education knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, perceived benefits, cues to action, efficacy, and behavior in the intervention group ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that HBM-based educational intervention could improve preventive behaviors of urinary tract infection; therefore, we suggest that the Theory could be used as a suitable framework to enhance preventive behaviors of urinary tract infection in pregnant women.

Keywords: Health belief model, preventive behaviors, Urinary Tract infection, Pregnant women

► Please cite this article as: Alizadeh Siuki H, Faryabi R. Effect of Education Based on the Health Belief Model (HBM) on Promoting Preventive Behaviors of Urinary Tract Infections (UTI) in Pregnant Women Referred to Comprehensive Health Centers in Torbat Heydariyeh City. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(1):65-75.