

بررسی تأثیر آموزش تئوری محور بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری

نویسندگان:

مهدی ناخدایی زاده^۱، آرش سلحشوری^۲، فاطمه ریسی دهکردی^{۳*}، مصطفی جیبا^۴

- ۱- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۲- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳- گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
 ۴- مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 4, Winter 2015

چکیده:

مقدمه: تدوین برنامه های آموزشی در زمینه پیشگیری از عفونت های ادراری از ضرورت های بهداشتی است. با توجه به میزان بروز بالا و عوارض عفونت های ادراری در ایران و اینکه یکی از راه های موثر مقابله با آن آموزش است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش تئوری محور بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری در بهورزان زن شهرستان شهرکرد انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۹۶ بهورز زن شاغل در شهرستان شهرکرد به شیوه سرشماری انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه مداخله (۴۸ نفر) و کنترل (۴۸ نفر) تقسیم بندی شدند. قبل از اجرای برنامه آموزشی هر دو گروه به شیوه خود گزارش دهی، پرسشنامه محقق ساخته پایا و روا و مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی را تکمیل کردند. سپس افراد گروه مداخله آموزش هایی درباره علل و عوارض و رفتارهای بهداشتی مرتبط با عفونت های ادراری را به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش افکار و پرسش و پاسخ درشش جلسه دریافت کردند. دو ماه پس از مداخله آزمون ثانویه انجام شد و داده ها با استفاده از نرم افزار آمار ۱۶ spss تحلیل شدند.

یافته ها: بین میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی درک شده و عملکرد درگروه مداخله تفاوت معنی دار بود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: براساس نتایج این مطالعه برنامه آموزشی طراحی شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی سبب افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان زن در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری می شود.

واژگان کلیدی: آموزش تئوری محور، الگوی اعتقاد بهداشتی، عفونت ادراری، بهورز

J Educ Ethics Nurs 2015;4(4):51-59

مقدمه:

۳۵ سال، ۱۰-۸ درصد اعلام شده است [۳]. تخمین زده می شود سالانه حدود ۱۵۰ میلیون بیمار مبتلا به عفونت ادراری شناسایی شوند که حدود ۶ میلیون دلار هزینه مراقبتی دارد [۴]. شیوع عفونت با سن و جنس ارتباط دارد. به طوری که درنوزادان پسر کمتر از یکسال، ۷/۲ درصد و در دختران فقط ۷/۰ درصد گزارش شده است. اما با افزایش سن، این نسبت در دختران بالا می رود، به طوری که در سن بالای ۳۵ سالگی در خانم ها به ۴۵ درصد و در آقایان به ۳۵ درصد می رسد [۵]. این بیماریها زنان را بیشتر از مردان درگیر کرده و مسئول انجام ۵۰۰۰۰ جراحی

سلامت هسته مرکزی توسعه درازمدت انسانی است و هرگونه اختلال در سلامت، جوامع بشری را ناپایدار و ضعیف می سازد [۱]. دپارتمان بهداشت آمریکا به منظور ارتقاء کیفیت زندگی و سالیهای سالم زیستن و حذف اختلالات سلامتی، استراتژی های متعددی را در نظر گرفت که از جمله آنها می توان به کاهش بار بیماریهای عفونی و ارتقاء مسئولیت رفتارهای بهداشتی اشاره کرد [۲]. عفونتهای ادراری شایعترین عفونت در زنان، مردان و همه گروههای سنی است. در زنان نخست زای جوانتر کمتر از ۲۱ سال شیوع عفونت ادراری ۲ درصد، اما در زنان چندزای مسن تر بالای

نویسنده مسئول، نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بهداشت و ارتقاء سلامت

پست الکترونیک: aidin_salahshoori@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۶۹۹۲۰۹۸۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۱۲

که بهورزان در آموزش رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری و ایجاد تغییر در رفتارهای بهداشتی از جایگاه ویژه ای برخوردار هستند، لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر آموزش تئوری محور بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونتهای ادراری در بهورزان زن شهرستان شهرکرد انجام شد تا گام کوچکی در جهت ارتقاء سلامت زنان جامعه برداشته شود.

روش کار:

در این مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد، تأثیر آموزش تئوری محور بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونتهای ادراری در بهورزان زن ارزیابی شد. انتخاب نمونه ها بصورت سرشماری از ۱۰۰ بهورز زن شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد (سال ۱۳۹۲) بود. معیارهای ورود عبارت بودند از:

۱- ابراز تمایل و رضایت نسبت به شرکت در مطالعه ۲- فعالیت در محیط پژوهش در طول انجام مطالعه ۳- عدم شرکت در مطالعه مشابه.

معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱- فعالیت بهورز در واحدهای دیگر به جز خانه بهداشت ۲- تحصیل به عنوان دانش آموز بهورزی یا مقاطع بالاتر علوم پزشکی و عدم امکان حضور مستمر در جلسات آموزشی ۳- حضور فرد دیگر غیر از عنوان شغلی بهورز در خانه بهداشت در طول مدت پژوهش.

با توجه به معیارهای مذکور ۴ نفر از جمعیت مورد مطالعه خارج شدند و در نهایت ۹۶ نفر به صورت تصادفی و با کمک جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل (۴۸ نفر) و مداخله (۴۸ نفر) وارد مطالعه شدند. پس از هماهنگی اولیه با تماس تلفنی از افراد به منظور شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. شرکت افراد در پژوهش منوط به کسب رضایت از آنان بود. داشتن اختیار جهت خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل و رعایت اصول حرفه ای اطمینان داده شد و به منظور رعایت اخلاق در پژوهش پس از اتمام مطالعه، جزوه آموزشی مربوطه در اختیار گروه کنترل هم قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته ۹۱ سوالی و خودگزارش دهی بوده که دارای بخشهای ذیل است:

الف- ۶ سوال جهت سنجش متغیرهای دموگرافیک ب- ۲۴ سوال چند گزینه ای جهت سنجش آگاهی در زمینه تعریف، علایم، علل، رفتارهای موثر در ابتلا، عوارض و اقدامات مورد نیاز در صورت ابتلا به بیماری. برای هر پاسخ صحیح ۲ امتیاز، نمی دانم ۱ و پاسخ غلط امتیاز صفر، در نظر گرفته شد. حداکثر امتیاز ممکن ۴۸ بوده است. ب- ۴۱ سوال مربوط به سنجش ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی: برای سنجش حساسیت درک شده (۱۶ سوال)، شدت درک شده (۶ سوال)، منافع درک شده (۵ سوال)، موانع درک

سالیانه است [۶]. شیوع عفونت ادراری در زنان یک شاخص مهم بهداشتی جامعه و دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از کم خونی می باشد که اگر درست کنترل نشود، می تواند تأثیر عمده ای در نتیجه بارداری داشته باشد [۷]. این عفونت در کشورهای در حال توسعه جزء ۵ علت اول [۸]، مراجعه بزرگسالان به مراکز درمانی و ۱۰ علت عمده عقیمی و ناتوانی به حساب می آید که موجب بروز عواقب جسمی و روانی شدیدی در میلیون ها زن و مرد و کودک در سراسر جهان می شود [۹]. تأثیر این بیماریها در افزایش سرایت پذیری ایدز اهمیت آن را صد چندان میکند و مدیریت این بیماریها به میزان ۴۰ درصد از بروز عفونت ایدز در جمعیت می کاهش [۱۰]. در برخی مطالعات نیز به ارتباط میان ابتلا به عفونت ادراری، کم خونی و بالارفتن فشار خون در بارداری اشاره شده است [۱۱ و ۱۰]. در یک چهارم از زنانی که برای اولین بار به عفونت ادراری مبتلا می شوند، ابتلا به عفونت مجدد در کمتر از ۳ ماه دیده می شود [۱۲] و مهمترین عامل مستعد کننده عود عفونت ها، عوامل خطر مرتبط با رفتار است. بدین منظور سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، مهمترین راه مقابله را آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی عنوان کرده است. در واقع ارتقاء آگاهی مردم سبب می شود بسیاری هزینه های ناروا از دوش مردم برداشته شده و خطر انتشار عفونت محدود شود. گذار از آموزش بهداشت سنتی مستلزم درک و مطالعه تئوریها و مدل های آموزشی نوین است. یک فعالیت سازمان یافته آموزشی که با برنامه ریزی خوبی طرح ریزی شده باشد می تواند موجب ارتقاء موقعیت زنان در جامعه و دسترسی به خدمات بهداشتی برای مراقبت از خود شود [۱۳]. متأسفانه ارزش تئوریها و مدلها کمتر شناخته شده و ارتباط تئوری و عمل در جهان واقعی به میزان زیادی در تلاشها و تحقیقات آکادمیک آسیب دیده است.

یکی از بهترین مدل های که در پیشگیری از بیماریها کاربرد دارد، مدل اعتقاد بهداشتی است که بر اساس آن رفتار پیشگیری کننده از بیماریها تحت تأثیر متغیرهای ذیل قرار دارد: تهدید درک شده نسبت به بیماری، منافع و موانع درک شده و راهنمای انجام رفتار و بر اساس آن زمانی مردم نسبت به پیامهای بهداشتی و پیشگیری از بیماری عکس العمل مناسبی نشان می دهند که احساس کنند در معرض خطر جدی هستند (تهدید درک شده)، منفعتی را در تغییر رفتار خود احساس کنند و موانع لازم را در جهت رسیدن به هدف مرتفع سازند [۱۴]، خودکارآمدی یک مفهوم جدید اضافه شده و برگرفته از تئوری شناختی اجتماعی باندورا است که در اکثر فرمولهای جدید الگو به عنوان عامل کلیدی مطرح است. باندورا خودکارآمدی را به صورت اطمینان فرد در مورد توانایی اش نسبت به انجام رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد، تعریف می کند [۱۵]. لذا با توجه به شیوع بالای عفونت ادراری در زنان و این

شده (۴ سوال)، راهنما برای عمل (۳ سوال) و خودکارآمدی درک شده (۷ سوال) ت- ۲۰ سوال به منظور سنجش عملکرد. برای پرسش های (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده)، که درمقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی شده، نمره گذاری ۴-۰ در نظر گرفته شد. سوالات خود کارآمدی و رفتار که به صورت خود گزارش دهی و ۴ گزینه ای (هیچ وقت، بندرت، بیشتر اوقات، همیشه) تنظیم شده بود. نمره دهی از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شد (برای گزینه همیشه نمره ۳، گاهی اوقات نمره ۲، به ندرت نمره ۱ و هیچ وقت نمره ۰ منظور شد). در سازه راهنما برای عمل برای هر سوال ۱ امتیاز در نظر گرفته شد و در نهایت برای یکسان سازی همه نمرات بر اساس ۱۰۰ تراز شدند. جهت تعبیین روایی صوری و محتوایی ابتدا در اختیار ۵ تن از اساتید قرار گرفت و نظرات آنان اعمال گردید و سپس (CVI: ۰/۸۷ CVII: ۰/۷۹) ابزار با مشارکت ۱۰ تن از اساتید کسب گردید. برای تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته استفاده و تغییرات پاسخ های دو مرحله از طریق آزمون بررسی و میزان همبستگی نمرات دو آزمون ۰/۸ بدست آمد.

پس از انتخاب گروهها و تهیه ابزار مورد نظر، پیش آزمون در هر دو گروه انجام و پس از جمع آوری و تحلیل اطلاعات مورد نظر، برنامه آموزشی بر اساس نتایج حاصل از پیش آزمون و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شد. گروه مداخله آموزشهای مورد نیاز را به صورت مستقیم و در قالب ۶ جلسه آموزشی یک ساعته دریافت نمودند، 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 عوارض جدی آن را درک کنند (شدت درک شده)، با علایم مثبتی که از محیط خود دریافت می کنند (راهنما برای عمل) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای خود را باور کنند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از این اقدام را کم هزینه تر از منافع آن ببینند (موانع درک شده) و به توانمندی های خود در پیگیری رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری اطمینان کنند تا در نهایت به ارتقای رفتار پیشگیری کننده از عفونت های ادراری نائل آیند. در اجرای برنامه آموزشی سعی شد از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ جهت ارتقاء آگاهی و بحث گروهی و ایفای نقش جهت تغییر نگرش استفاده شود. در جلسه اول و دوم آموزشی تاکید بیشتر بر روی علل ابتلا به عفونتهای ادراری، علایم آنها بوده و به منظور صرفه جویی در منابع و وقت بیشتر از سخنرانی استفاده شد و در جلسه سوم به منظور فعال کردن فراگیران در امر آموزش از روش بارش افکار استفاده شد و فراگیران در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از ابتلا به عفونت

ادراری در بحث مشارکت کردند. ۳ جلسه پایانی به شیوه بحث گروهی برگزار گردید و بر لزوم توجه به عفونتهای ادراری بالاخص در زنان (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خود کارآمدی و عملکرد بهورزان) متمرکز شد و افراد در این زمینه که توانایی انجام رفتارهای پیشگیری کننده را داشته و می توانند دیگران را نیز در این زمینه آگاه کنند تبادل نظر کردند و علاوه بر آن منابع آموزشی از جمله: جزوه و پمفلت در زمینه عفونتهای ادراری تهیه و در اختیار مخاطبان قرار گرفت تا به صورت فردی و گروهی مطالعه کنند. دو ماه بعد از اجرای مداخله آموزشی مجدداً اطلاعات مربوط به آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد دو گروه توسط همان پرسشنامه جمع آوری شد. پس از استخراج داده ها اطلاعات با نرم افزار آماری SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل شد، به این صورت که برای توصیف متغیرهای دموگرافیک و زمینه ای از آمار توصیفی (جدول فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکنده) و برای مقایسه میانگین نمره آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار قبل و بعد از آموزش در هر یک از گروهها از آزمون تی زوجی و برای مقایسه میانگین نمره آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها :

هیچ گونه اختلاف معنی داری از لحاظ توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. بر اساس نتایج بدست آمده اکثر بهورزان مورد بررسی در گروه ۲۰-۳۵ سال، حداقل سن آنها ۲۰ و حداکثر آن ۵۱ سال بود. ۸۲/۷ درصد استخدام رسمی قطعی و بقیه استخدام پیمانی بودند. آزمون آماری تی اختلاف معنی داری را بین دو گروه از نظر سن نشان نداد. سابقه کار آنها حداقل ۱ و حداکثر ۲۸ سال، ۷۶ درصد متأهل و ۲۴ درصد مجرد بودند. سطح تحصیلات ۵۰ درصد در سطح متوسطه، ۱۳ درصد در سطح ابتدایی و ۳۷ درصد در سطح راهنمایی بود. نرمال بودن داده ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد $p > 0/05$ و $sig = 0/192$.

آزمون تی بین میانگین نمره آگاهی بهورزان زن هر دو گروه پی از مداخله در سطوح مختلف تحصیلی تفاوت معنی داری را نشان داد ($p = 0/001$).

۲۱/۶ درصد بهورزان، دوستان و اطرافیان، ۵۸٪ کارشناسان بهداشتی یا پزشک و ۱۶/۴ درصد فصلنامه بهورز ۵ درصد رادیو و تلویزیون را بعنوان بهترین راهنمای خارجی فعالیت عنوان کردند. آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای سن و نمرات مربوط به اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، ارتباط معکوس را نشان داد، ولی این ارتباط معنی دار نبود. قبل از اجرای برنامه آموزشی بین میانگین

نمره آگاهی در دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت و دو ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی در گروه مداخله از $17/2 \pm 36/4$ به $17/3 \pm 88$ افزایش یافت که تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$).

مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی: حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خود کارآمدی و عملکرد قبل و بعد از آموزش در دو گروه در جدول ۱، ارایه شده نشان می دهد که تفاوت معنی دار در میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل وجود نداشت، اما این تفاوت در گروه مداخله معنی دار است ($p < 0/001$).

آزمون تی زوجی حاکی از اختلاف معنی دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر قبل و بعد از آموزش بود و میانگین نمرات

آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی پس از مداخله در گروه مداخله بیشتر از پیش آزمون بود، اما در گروه کنترل با وجود تغییر اندک در میانگین نمرات هیچ گونه اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، خود کارآمدی درک شده و عملکرد دو گروه قبل از آموزش تفاوتی معنی دار با هم ندارد، اما این تفاوت دوماه بعد از آموزش معنی دار شد ($p < 0/001$).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از آموزش با کمک آزمون تی زوج

متغیر	گروه	P	
		قبل از آموزش	دو ماه بعد از آموزش
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
آگاهی	کنترل	$36/91 \pm 17/09$	$37/33 \pm 17/19$
	مداخله	$36/43 \pm 17/21$	$88/81 \pm 7/31$
حساسیت درک شده	کنترل	$38/51 \pm 5/52$	$38/77 \pm 7/28$
	مداخله	$37/38 \pm 6/73$	$83/02 \pm 6/81$
شدت درک شده	کنترل	$57/21 \pm 12/20$	$57/51 \pm 9/13$
	مداخله	$56/29 \pm 11/91$	$89/10 \pm 6/12$
منافع درک شده	کنترل	$46/69 \pm 10/90$	$47/32 \pm 10/06$
	مداخله	$47/68 \pm 11/43$	$71/64 \pm 10/11$
موانع درک شده	کنترل	$70/51 \pm 9/12$	$69/60 \pm 8/02$
	مداخله	$69/71 \pm 8/82$	$35/41 \pm 8/90$
خود کارآمدی درک شده	کنترل	$32/03 \pm 7/23$	$32/32 \pm 7/14$
	مداخله	$31/71 \pm 6/71$	$72/64 \pm 10/70$
عملکرد	کنترل	$41/22 \pm 8/01$	$41/61 \pm 8/61$
	مداخله	$41/16 \pm 5/15$	$75/62 \pm 7/65$

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه مداخله و کنترل، قبل و دو ماه بعد از آموزش با کمک آزمون تی مستقل

متغیر	گروه	
	کنترل	مداخله
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
آگاهی	قبل از آموزش	۳۶/۹۱ ± ۱۷/۰۹
	بعد از آموزش	۳۷/۳۳ ± ۱۷/۱۹
	P	P = ۰/۸۱
حساسیت درک شده	قبل از آموزش	۳۸/۵۱ ± ۵/۵۲
	بعد از آموزش	۳۸/۷۷ ± ۷/۲۸
	P	P = ۰/۷۳
شدت درک شده	قبل از آموزش	۵۷/۲۱ ± ۱۲/۲۰
	بعد از آموزش	۵۷/۵۱ ± ۹/۱۳
	P	P = ۰/۸۴
منافع درک شده	قبل از آموزش	۴۶/۶۹ ± ۱۰/۹۰
	بعد از آموزش	۴۷/۳۲ ± ۱۰/۰۶
	P	P = ۰/۸۷
موانع درک شده	قبل از آموزش	۷۰/۵۱ ± ۹/۱۲
	بعد از آموزش	۶۹/۶۰ ± ۸/۰۲
	P	P = ۰/۴۶
خودکارآمدی درک شده	قبل از آموزش	۳۲/۰۳ ± ۷/۲۳
	بعد از آموزش	۳۲/۳۲ ± ۷/۱۴
	P	P = ۰/۸۶
عملکرد	قبل از آموزش	۴۱/۲۲ ± ۸/۰۱
	بعد از آموزش	۴۱/۶۱ ± ۸/۶۱
	P	P = ۰/۴۳

بحث:

بردرمان مرتبط دانست. اما بعد از آموزش، میانگین نمره آگاهی گروه مداخله افزایش معنی دار یافت و این یافته با نتایج مطالعه شفییعی و همکاران بر روی بهورزان استان گیلان [۱۶] و مطالعه کریمی و همکاران در زرنديه [۱۷] و شریفی راد در زمینه آموزش تغذیه به بیماران دیابتی [۱۸] و مطالعه صدیقی و همکاران تحت عنوان تاثیر آموزش بر آگاهی زنان در زمینه سرطان دهانه رحم [۱۹] هم خوانی دارد. اگرچه آگاهی افراد یکی از عوامل مهم قادر کننده برای قبول و انجام رفتار بهداشتی است، اما به نظر محققان به تنهایی برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه کافی نیست. طرز تفکر و نگرش درباره بیماری، عامل مهمی در اقدام پیشگیرانه است. نگاهی دقیق تر به یافته ها نشان میدهد که میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از آموزش پایین و حاکی از وجود نوعی مکانیسم دفاعی روانی به شکل خوش بینی و اعتقاد به اتفاقی بودن و گذرا بودن این عفونتها و پایین بودن انگیزه فرد برای پذیرش تغییرات رفتاری درازمدت است و بیشتر افراد خود را در معرض خطر ابتلا به عفونت ادراری نمی دانستند. نگرشهایی همچون: "بسیاری از افراد مراقب رفتارهای بهداشتی خود نیستند و به عفونت ادراری مبتلا نشده اند" و "من به قدری سالم هستم که نیازی نیست برای تغییر رفتارهای غیر بهداشتی خود را به

در مطالعه حاضر برای اولین بار تاثیر آموزش در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونتهای ادراری در بهورزان زن مورد بررسی قرار گرفت. شمار رو به افزون بیماران مبتلا به عفونت ادراری از یکسو و بار قابل توجه این بیماریها بر نظام بهداشتی و درمانی کشور و ناتوانی ناشی از این بیماریها بالاخص در کشورهای جهان سوم که عمدتاً درسالهای اوج بازدهی فرد رخ داده، ضرورت اتخاذ تدابیر پیشگیری کننده کاربردی را نمایان می سازد. در بسیاری از پژوهشها در کشور ما به علل بوجود آورنده عفونت های ادراری و جنبه های بالینی آن پرداخته شده و به سودمندی کارکردی کمتر توجه شده است اما پژوهش حاضر با وجود محدودیتها نشان داد که گامی نه چندان بلند اما برنامه ریزی شده می تواند نتایج ارزشمندی را ایجاد کند. در بین این متغیرها تنها بین وجود سابقه بیماری در بستگان درجه اول با سطح آگاهی، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده و خود کارآمدی در دو مرحله قبل و بعد آموزش ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. تحلیل یافته های مربوط به آگاهی نشان داد که میانگین آگاهی اولیه بهورزان فاصله زیادی از مقدار مطلوب دارد که دلیل آن را میتوان با عدم برگزاری جلسات آموزش مدون از سوی سیستم بهداشت و درمان، اهمیت ندادن به مسایل پیشگیری و تمرکز

داشته باشند. براساس نظریه اعتقاد بهداشتی افراد برای انجام رفتار درست به نوعی ارزشیابی از موانع و منافع رفتار می‌زنند و چنانچه موانع اتخاذ رفتار بیش از منافع آن باشد احتمال اتخاذ رفتار کم می‌شود، لذا توجه به این بعد از نگرش حایز اهمیت است. قبل از آموزش نوعی تمایل به نادیده گرفتن عوامل خطر قابل کنترل در ایجاد بیماری وجود داشت. به عنوان نمونه برخی بهورزان زن معتقد بودند "برنامه های آموزشی مناسبی برای افزایش اطلاعات درمورد عفونت‌های ادراری وجود ندارد" یا "پیشگیری از ابتلا به عفونت ادراری و عوارض آن بسیار سخت است چون اگر این کار امکان پذیر بود همه این کار را می‌کردند و این قدر تعداد بیماران زیاد نبود".

مطالعات متعددی نشان داده اند که موانع درک شده، توانمندترین بعد در بیان و پیش بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی است [۳۱]. نتیجه مطالعه پارک [۳۲] و شریفی راد نیز حاکی از کاهش میانگین نمره موانع درک شده بعد از آموزش در گروه مداخله هستند [۳۳].

در این مطالعه از تئوری خود کارآمدی نیز استفاده شد که یک ارتباط دهنده بین آگاهی و رفتار است. اثبات شده دانستن به تنهایی کافی نیست، بلکه باید فرد خود را برای انجام رفتار توانا بداند. در این مطالعه میانگین نمره خود کارآمدی در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معنی دار یافت. به گونه ای که درک بهورزان زن از این که می‌توانند رفتارهای بهداشتی و رفتارهای پرخطر مسبب عفونت ادراری را تشخیص دهند و دیگران را از عوامل مسبب بیماری آگاه کنند و خود نیز این توانایی را دارند که نکات بهداشتی را رعایت کنند افزایش یافت، که با یافته‌های مطالعه پارک همخوانی دارد [۳۲]. میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در گروه مداخله افزایش معناداری یافت، که با مطالعه مظلومی و پارک همخوانی دارد [۳۲ و ۳۴]. در این پژوهش بین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی همبستگی وجود داشت، پس می‌توان با تقویت همه اجزا احتمال اتخاذ رفتار پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری را افزایش داد. از طرفی ۲۱ درصد بهورزان دوستان و اطرافیان را به عنوان بهترین راهنمای عمل خارجی معرفی کرده اند که مبنای علمی ندارد و با در نظر گرفتن این که بهورزان اولین سطح ارائه دهنده خدمات بهداشتی در روستاها بوده و نقش محوری در توانمند سازی زنان روستایی دارند، لذا تقویت بنیه علمی آنها از سوی سیستم بهداشت و درمان حائز اهمیت است. ۱۲/۴ آنها راهنمای عمل خارجی را رسانه های جمعی اعلام نموده اند، امروزه در سراسر دنیا به نقش کلیدی رسانه‌های جمعی در اطلاع رسانی بهداشتی و اهمیت آموزش مستمر بوسیله آنها تاکید می‌شود. در مطالعه انجام شده توسط دانشگاه چنگ و انگ تایوان [۳۵] ویوتین و اسکیف در

دردسر بیندازم" برخی باورهای ذکر شده از سوی بهورزان است، اما بعد آموزش افراد گروه مداخله با افزایش حساسیت درک شده خود را در معرض خطر ابتلا به عفونت ادراری می‌دیدند و میان دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری پیدا شد. اثبات شده که اگر یک فرد نسبت به مساله بهداشتی حساس باشد و معتقد باشد بدون داشتن علائم آشکار، میتواند مبتلا به بیماری باشد، این حساسیت میتواند منجر به پیشگیری از رفتارهای غلط گردد و الگوی اعتقاد بهداشتی این قابلیت را دارد که فرد را به سمتی هدایت کند که احساس آسیب پذیری درمقابل بیماری داشته باشد. یافته های این مطالعه با مطالعه غفاری و همکاران [۲۰]، هزاوه ای و همکاران [۲۱]، یخ فروش ها و همکاران [۲۲]، درزمینه بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش رابطین درزمینه تست پاپ اسمیر همخوانی دارد. کارمل با بررسی ۴۶ مطالعه انجام شده با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به این نتیجه رسید که حساسیت درک شده بیشترین قدرت رادر پیش بینی رفتار دارد [۲۳].

میانگین نمره شدت درک شده قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل مشابه بود، که نشان دهنده وجود نوعی انکار نسبت به خطرناک بودن و مهم بودن عفونت ادراری بود، اما بعد آموزش در گروه مداخله افزایش معنی دار یافت. بدین معنی که افراد این گروه درک کردند که در صورت عدم رعایت نکات بهداشتی در معرض خطر جدی قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه لولیس و همکاران در زمینه ارتباط تهدید درک شده و استفاده از کاندوم [۲۴]، لین و همکاران در مورد ارتباط شدت درک شده و کاهش رفتارهای پرخطر [۲۵] و مطالعه رحمتی، کریمی [۲۶ و ۱۷] نیز با این مطالعه هم راستا است.

یافته ها نشان داد بین میانگین نمره منافع درک شده در گروه مداخله و کنترل بعد آموزش تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. به طوری که افراد گروه مداخله به درک بیشتری از مزایای رعایت نکات و رفتارهای بهداشتی رسیدند. نگاهی اجمالی به باورهای افراد قبل از آموزش نشان میدهد که در مجموع نگرش‌ها میل به نسبت دادن بیماری به عوامل خطر غیر قابل کنترل دارد که عدم اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را توجیه می‌کند. برخی مطالعات تاکید دارند درک شخص از منافع مسیر اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه را هموار میسازد و رابطه قوی میان منافع درک شده و اتخاذ رفتار پیشگیرانه گزارش شده است [۲۷]. نتایج مطالعه باقیانی مقدم و همکاران [۲۸]، غفاری [۲۹]، مطالعه دواتی [۳۰] نیز بیانگر این ارتباط است. کاهش نمره موانع درک شده در گروه مداخله حاکی از این است که افراد بعد از آموزش از موانع انجام رفتار پیشگیرانه آگاه تر شده و با افزایش دانش توانسته‌اند موانع انجام رفتار را از میان بردارند و نگرش مطلوبتری نسبت به انجام رفتار پیشگیرانه

نتیجه گیری:

از آنجا که آموزش از ارکان اصلی مراقبتهای بهداشتی به شمار می رود، لازم است توجه بیشتری نسبت به امر طراحی آموزشی و بهره گیری از مدل‌های و تئوریهای مناسب و مبتنی بر نگرش به منظور ارتقا رفتار جامعه شود. نتایج این مطالعه نشان داد که بهره گیری از الگوی اعتقاد بهداشتی که دربرگیرنده عقاید و ادراکات افراد است، می تواند در جهت ارتقای رفتار پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری موثر باشد.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد کد ethic/21-91 را دریافت و در شورای پژوهشی به شماره ۲۱-۱۰-۹۱ تصویب شده است. لذا نویسندگان مقاله مراتب تشکر و تقدیر خود را از همکاران محترم معاونت محترم پژوهشی و بهداشتی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرکرد که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند را ابراز می نمایند.

آمریکا [۳۶]، عنوان شده بیش از ۴۰ درصد افراد اطلاعات خود را از رسانه های جمعی کسب کرده‌اند.

به نظر میرسد قبل از آموزش پایین بودن آگاهی و عدم اطلاع از ضرورت انجام رفتارهای پیشگیری کننده سبب انجام رفتار غلط بوده است و آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی با ارتقای سطح آگاهی و تاثیر مثبت بر موانع و منافع درک شده، حساسیت و شدت درک شده توانسته تاثیر قابل توجهی بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری داشته باشد. در مطالعات انجام گرفته توسط ترزا و همکاران در زمینه پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی [۳۷]، زمانی و همکاران در پیشگیری از تغذیه نامناسب [۳۸] و شریفی راد و همکاران در مراقبت از پادریمانان دیابتی [۳۳]، نیز اذعان شده که استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی میتواند کارا و موثر باشد. گرچه مطالعه حاضر نقاط قوت متعددی از جمله همسان بودن دو گروه و انجام پیش آزمون قبل از آموزش داشت، کمبود مطالعات مشابه به منظور مقایسه و بحث مهمترین محدودیتی بوده که پژوهشگران با آن مواجه بودند. لذا با توجه به اهمیت موضوع انجام مطالعات مشابه در این زمینه پیشنهاد می گردد.

References:

- Wilson A. Sexually health foundation for practice: 24-29,2010.
- Un AIDS /WHO Working group on global HIV/AIDS/STI, 2010.
- Kacmaz B, Cakir O, Aksoy A, Biri A. Evaluation of rapid urine screening tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Infect Dis* 2006; 59:261-263.
- Amini Z, Rajae M, Razaghi M. Prevalence and related factors of urinary infection among female students. *Kosar J* 2007; 11(1):91-99. [Persian]
- Hockenberry MJ, Wilson D, Winkestein ML. *Wong nursing care of infants and children*. 7th Edi. Mosby 2003:1263.
- Bargeois A, Henzel D. Prospective evaluation of flowchart using a risk assessment for the diagnosis of STD in primary health care centers in librevilla ; 2010,49-51.
- 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.
- Gina D, Maria L, Iompes P. Control of STD handbook for design and management of program :296-293.
- World Bank, World development report :investing in health. Washington, 1998.
- Gilson L, Roskurth H, Mkan Je.R, et al, Cost-effectiveness of improved treatment for sexually transmitted disease in prevention HIV infection, *Ton zoria, Lancet*, 2011:78-82.
- 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; 2002:45-52. [Persian]
- Nicolle LE. Urinary Tract Infection: traditional pharmacologic therapies. *Dis Mon [serial online]* 2003; 49:111-128.
- 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 J* 2007; 17(65):59-66. [Persian]
- 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 Univ Med Sci, 2008. [Persian]
- Saffari M, Shojaeizade D, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Pakpour A. Health education and promotion: Theories, models, methods. 1ed. Tehran: Sobhan: Pub; 2009:132-136. [Persian]
- Shafiee F, Asar R, Ameri A, Fesharaki M, Ebadi F. Effect of educational program on knowledge and attitude about monopause among health personnel in Gilan. *Univ Med Sci J* 2008; 14(56):64-73. [Persian]
- Karimi M, Ghofranipour F, Heidarnia AR. The effect of health education based on health belief model on prevents action of AIDS on addict in zaradieh. *Gilan Univ Med Sci J* 2008; 18(70):64-73. [Persian]
- Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbaght L. Effectiveness of nutrition education on patients with type 2 diabetes: application of health belief

- model. Iranian J Diab Lipid 2008; 7(4):379-386. [Persian]
19. Sedighi J et al. Women's knowledges about cervical cancer and the effect of education by booklet on their knowledges. Payesh J Inst Health Serv Res 4 (1) 29-38. [Persian]
 20. Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailzadeh A, Hasan-zadeh A. The Effect of Education based on Health Belief Model on the improvement of osteoporosis Preventive Nutritional Behaviors of Second Grade Middle School Girls. J Health Res Syst 2010; 6(4): 1-7
 21. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Educ Health 2007; 20(1): 23.
 22. Yakhforosha A, Solhi M, Ebadifard azar F. Effect of educational program based health belief model on knowledge and attitude about smear test among health personnel in ghazvin. Shahid Beheshti J Nurs 2011; 18(62):24-28. [Persian]
 23. Karmel A. The Assessment of Relationship between Excessive Weight Gain and Urinary Tract Infection in Pregnant Women. J of Microbial World 2009; 2(3):177-182.
 24. 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 2008; 9(6):551-63.
 25. Lin p, Simoni JM, Zemon v. The health belief model, Sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. AIDS Educ Prev 2005; 17(5):469-483.
 26. Rahmati F, Niknami SH, Amin shokravi 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 Univ Med Sci 2008. [Persian]
 27. Freimuth V, Linnan HW, Potter P. Communicating threat of emerging infections to the public. J Hum Nutr Diet Infect 2002; 6(40):337-47.
 28. Bagianimoghadam MH, Mazloomi S, Ehrampoosh MH. Evaluation HBM model on KAP of in the barbers Yazd. 2003; [8 screens]. Available at URL: <http://www.civilica.com/Papers-NCEH04-0-50-Title-ASC-AI.html>. Accessed Apr14, 2012. [Persian]
 29. Ghafari M, Niknami SH, Kasemnejad A, et al. Design and validity HIV/AIDS questionnaire in tehen Kermanshah. J Behbood, 2007; 11(1): 38-43. [Persian]
 30. Davati A, Moradi M. HBM model On preventive of cancer skin. Proceedings of the 3th national congress on health education and promotion. Hamedan: Iran; 2008. P: 88. [persian]
 31. 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 Univ Med Sci J 2009; 12(3):55-66. [Persian]
 32. Park S, Chang S, Chung C. Effect of a cognition emotion focused program to increase public participation pap smear screening. Public health Nurs 2005; 22(4): 289-298.
 33. Sharifirad GHR, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. JRMS 2009; 14(1): 1-6.
 34. Mazlomi S, Zare M, Feisal M, et al. Effect health education in female teachers on the knowledge, attitude and practice in breast cancer. J Birjand Univ Med Sci 2006; 13(1): 12-19. [Persian]
 35. Glanz K, Rimer BA, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
 36. Spikmans FJ, Brug J, Doven MM, Kruijzena H, Hofsteenge G, Bokhorst-van der Schueren M. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? J Hum Nutr Diet 2003; 16:151-158.
 37. Teresa M. Hooking Up and Sexual Risk Taking Among College Students: A Health Belief Model Perspective. Am J Health Edu 2009; 19(9):1196-1250.
 38. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. Application of the Health Belief Model for unhealthy eating prevention among primary schoolchildren in Arak/Iran (2004-2005). Behbood J 2007; 11(4):352-367. [Persian]

The assessment of theory based education on preventive behaviors associated with Urinary Tract infection among women health worker of shahrekord city

Nakhodaei Zadeh M¹, Salahshor A², Raisi dehkordi F^{*2}, Jiba M^{3,4}

Received: 08/3/2015

Accepted: 05/21/2016

1. Dept of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2. Dept of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Dept of Public Health, Jondi Shapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
4. Infectious and Tropical Diseases Research Center, Jondi Shapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 4, Winter 2015

J Educ Ethics Nurs 2015;4(4):51-59

Abstract:

Introduction:

The planning of educational programs to inform the people about the prevention of diseases such as urinary tract infection is necessary. With considering the high incidence and outcome of this infection in Iran, this study was conducted to determine the effect of theory based education on knowledge, attitudes and practices of women health workers about Preventive behaviors associated with UTI infection.

Materials and Methods:

In this quasi experimental study, 96 of Female health workers from shahrekord participated and were randomly categorized into two groups (experimental and control groups). Before the performing of educational program based on HBM, the self-structured, valid and reliable questionnaires were completed by the groups. Then, the experimental group received the educational program about causes, outcome and preventive behaviors in the form of lecture, group discussion and questioning and answering in 6 sessions and the non-intervention group did not receive the education. Both groups completed the questionnaires 2 month after the intervention. Data were analyzed using SPSS18 by Anova, t student and paired t test and $p < 0/05$ considered Significant.

Result:

There was not significant difference about demographic variables between two groups (experimental and control groups). there was not also a significant difference in knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, perceived self- efficacy and practices of women before the intervention ($p > 0.05$), but difference was significant after the intervention ($p < 0.001$).

Conclusion:

Health education based on HBM increases the knowledge and improves the attitudes and practices of women with regard to behaviors for prevention of the urinary tract infection.

Keywords: Theory-Based Education, Health Belief, Model Urinary Tract Infection, Health Worker

* Corresponding author, Email:
aidin_salahshoori@yahoo.com