

تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار بر نامهریزی شده در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار

نویسندگان:

مرضیه جلالی^۱، محسن شمسی^{۱*}، نسرین روزبهانی^۱، کوروش کبیر^۲

۱- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، البرز، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol. 12, No. 3, fall 2014

چکیده:

مقدمه: عفونت دستگاه ادراری از رایج‌ترین مشکلات پزشکی در زنان است که به علت تغییرات ایجاد شده در بدن در دوران حاملگی، زنان باردار برای ابتلا به آن مستعدتر هستند. عفونت ادراری به دلیل عوارض بالقوه‌ای که می‌تواند بر مادر و جنین بگذارد، بسیار بااهمیت است. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار بر نامهریزی شده در ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود که در آن ۱۱۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج به‌طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها، آزمایش کشت کامل ادرار و پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود که روایی و پایایی آن قبل از مطالعه تأیید شد. داده‌های اولیه ابتدا با آزمون‌های آماری من ویتنی و همبستگی اسپیرمن به کمک نرم‌افزار ۱۸ spss تحلیل شدند و سپس محتوای آموزشی بر اساس آن طراحی و اجرا شد. سه ماه پس از مداخله آموزشی، آزمون ثانویه با همان پرسش‌نامه اولیه انجام و داده‌ها بار دیگر تحلیل شدند.

یافته‌ها: بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، نرم‌های انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری) در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به‌طور معناداری افزایش داشت. ($p < 0/05$). همچنین بعد از مداخله آموزشی میزان بروز عفونت ادراری در گروه مورد ۳٪ و در گروه شاهد ۱۱٪ بود که این کاهش از لحاظ آماری معناداری بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش بهداشت طراحی شده مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری مؤثر است. کنترل، پایش و پیگیری آموزشی در اجرای این برنامه‌ها توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش، نظریه، زنان باردار، عفونت ادراری

Par J Med Sci 2014;12(3):49-57

مقدمه:

عفونت‌ها است [۳]. در هر مقطع زمانی ۲۵٪ زنان مبتلا به عفونت دستگاه ادراری هستند و هر ساله هفت میلیون نفر برای بررسی این عفونت یا علائم مربوطه به آن به پزشکان مراجعه می‌کنند [۴]. شیوع عفونت ادراری در زنان یک شاخص مهم بهداشتی جامعه محسوب می‌شود [۵]. بیش از ۴۰ تا ۵۰٪ از خانم‌ها در طی حیات خود حداقل یک‌بار دچار عفونت علامت‌دار دستگاه ادراری

عفونت مجاری ادراری شایع‌ترین عفونت میکروبی در زنان بارداری است [۱]. اشرشیاکولی که قسمتی از فلور نرمال روده است شایع‌ترین ارگانسیم مسئول این عفونت می‌باشد. بیش از ۹۵٪ موارد عفونت مجاری ادراری توسط یک نوع باکتری ایجاد می‌شود [۲]. اشرشیاکولی مسئول ۷۵ تا ۹۰٪ از عفونت‌های ادراری و استافیلوکوک ساپروفیتوس مسئول ۱۰-۵٪ از این

* نویسنده مسئول، نشانی: اراک، کوی گلستان، شهرک مصطفی خمینی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت
تلفن تماس: ۰۸۶۳۳۶۸۶۴۴۳ پست الکترونیک: dr.shamsi@arakmu.ac.

پذیرش: ۹۳/۷/۱۹

اصلاح: ۹۳/۶/۱۳

دریافت: ۹۳/۲/۱۸

به دنیا آمده‌اند، نمرات ضریب هوشی پایین تر و ناهنجاری‌های عصبی بیش تر بوده است [۱۵].

بدیهی است یک‌راه کاهش وقوع این پیامدها در مادر و جنین کاهش احتمال بروز آن‌ها در دوران بارداری است. افزایش آگاهی زنان باردار در مورد رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه می‌تواند در کاهش این عفونت مؤثر باشد. محققین معتقدند آموزش رکن اساسی تمام رفتارهای پیشگیری‌کننده می‌باشد و اولین گام در برنامه‌ریزی هر برنامه آموزشی انتخاب یک الگوی مناسب برای آموزش است [۱۸]. آموزش بهداشت فرایندی برای آموختن به افراد و یا گروه‌ها در راستای ارتقاء، حفظ و بازسازی سلامت آن‌ها است. در واقع آموزش موارد بهداشتی عامل مهمی برای ارتقاء تندرستی، بالا بردن کیفیت و استانداردهای زندگی سالم، افزایش مشارکت جامعه در فعالیت‌های رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی است. ارزش برنامه‌های آموزشی بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه‌ها نیز به مقدار زیادی وابسته به استفاده صحیح از نظریه‌ها و الگوها است [۱۹]. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده یکی از نظریه‌های مهم در این خصوص است که بر اساس آن مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار هر فرد قصد رفتاری است که تحت تأثیر سازه نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده می‌باشد [۲۰].

کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای پیش‌بینی و درک رفتار است و شامل طیف رفتاری از تغییر رفتار، قصد رفتار تا نمایش رفتار بوده که تأثیر آن به‌صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تأیید شده است [۲۱-۲۴].

از آنجایی که رفتار یک اقدام آشکاری است که آگاهانه یا ناآگاهانه انجام می‌شود، آموزش بهداشت فرایند ساختارمندی است که می‌تواند بر اساس تلفیقی از تجربیات یادگیری باعث تغییر داوطلبانه رفتار شود [۲۴]. لازم به ذکر است که به دلیل پیچیدگی‌های رفتار و این که ممکن است محیط به فرد اجازه بروز رفتار را ندهد، تغییر آگاهی همیشه منجر به تغییر نگرش و تغییر نگرش همیشه منجر به تغییر رفتار نخواهد شد [۲۵].

با توجه قابلیت استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در تشخیص و درک عوامل محیطی و فردی مؤثر بر رفتار، مطالعه حاضر با به‌کارگیری این نظریه به دنبال بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کرج می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند در زمینه طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی و اجرایی در سایر مراکز بهداشتی، درمانی در راستای آموزش و پیشگیری از عوارض سوء ناشی از بروز عفونت ادراری در دوران حاملگی استفاده شود.

روش کار:

می‌شوند [۶]. نکته قابل توجهی که زنان از آن رنج می‌برند ابتلا به عفونت ادراری راجعه است، به‌طوری که نتایج تحقیقات نشان می‌دهد ۳۰ - ۲۰٪ زنان به دنبال ابتلا به عفونت ادراری اولیه به تعداد دو بار یا بیش تر دچار عفونت ادراری راجعه و ۵٪ از آنان دچار عفونت ادراری راجعه مزمن می‌شوند [۷]. در یک مطالعه روی زنان نخست زای جوان تر از ۲۱ سال، شیوع عفونت ادراری ۲٪ و در زنان چند زای مسن تر از ۳۵ سال ۸ تا ۱۰٪ گزارش شده است [۸]. شیوع عفونت ادراری در دوران حاملگی ۷ - ۲٪ است [۹].

در زنان باردار با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر، شیوع عفونت ادراری کمتر است. همچنین عفونت ادراری در زنان باردار با افزایش سن، تعداد زایمان، تعداد مقاربت در هفته، بیماری دیابت، بیماری سیکل سل مغلوب، سابقه عفونت ادراری افزایش می‌یابد [۲]. به نظر می‌رسد علت افزایش شیوع عفونت ادراری در زنان به دلیل نزدیکی پیشاب‌راه خانم‌ها به مقعد، طول کوتاه پیشاب‌راه و قرارگیری مه آتوس در زیر لبیها و محیط گرم و مرطوب پرینه باشد [۱۰]. تعداد دفعات مقاربت جنسی، استفاده از دیافراگم به‌عنوان روش کنتراسپتیو به‌خصوص همراه با اسپرمیسیت، عدم ادرار کردن بعد از مقاربت، ادرار نکردن در طول مدت روز، به تعویق انداختن ادرار، سابقه عفونت ادراری و ریفلاکس ادراری جزء عوامل خطرزای مهم عفونت ادراری محسوب می‌شوند [۱۱-۱۶]. در یک مطالعه مشخص شد که رفتارهای بهداشتی و عادات جنسی نقش بسیار مهمی در بروز عفونت ادراری در زنان باردار دارد، اما نقش مهم‌تر تخلیه مثانه بعد از مقاربت در ایجاد عفونت ادراری حائز اهمیت است [۱۲]. در یک مطالعه مشخص شد که نزدیک به ۴۶/۵٪ موارد گزارش‌های علائم ادراری در بارداری در نتیجه افزایش تغییرات در سیستم مجاری ادراری در دوران حاملگی بوده است [۱۳].

برآورده شده است که هزینه سالیانه هفت میلیون وقوع عفونت مثانه در زنان جوان ایالت متحده بالغ بر یک میلیارد دلار باشد [۱۴]. عفونت دستگاه ادراری دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از کم‌خونی است که اگر درست درمان نشود پیامدهای عمده‌ای در بارداری دارد [۱۵]. عفونت مجاری ادراری علاوه بر تحمیل هزینه‌های سنگین اقتصادی بر جامعه، در طول مدت بارداری باعث ایجاد عوارض متعدد روی مادر و جنین از جمله پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس، محدودیت رشد داخلی رحم، عقب‌ماندگی ذهنی و تأخیر در تکامل نوزاد و افزایش وزن پائین حین تولد، افزایش خطر مرگ‌ومیر جنین، آنمی مادر، سپسیس و درنهایت شوک مادر نیز می‌شود [۱۷-۱۶]. مطالعات نشان داده است که در کودکان زودرس و آن‌هایی که با وزن کم

۱۰ نفر از افراد مجرب در زمینه های مورد نظر بررسی و بر اساس نظرات دریافتی اصلاحات انجام شد. نسبت روایی محتوا با توجه به معیار جدول لاوشه و تعداد متخصصان حداقل ۰/۷ بود. سؤالات با نمره کمتر از ۰/۷ حذف شدند (۷ سؤال). ضریب پایایی پرسشنامه برای کل سازه‌ها و هر یک از سازه‌ها به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که همه ضرایب مطلوب و رضایت‌بخش هستند. مقدار ضریب مذکور در سؤالات آگاهی ۰/۷۹، نگرش ۰/۸۶، هنجار ذهنی ۰/۷، قصد رفتاری ۰/۷۶، کنترل رفتار درک شده ۰/۷۱ و چک لیست عملکرد ۰/۸۱ به دست آمد.

پس از بیان توضیحات لازم درباره محرمانه ماندن اطلاعات و نیز کسب رضایت از آزمودنی‌ها، پرسشنامه اصلاح شده نهایی به همراه توضیحات نحوه تکمیل آن بین زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج توزیع شد. در مواردی که افراد به دلیل کم‌سواد بودن نیاز به کمک در تکمیل پرسشنامه داشتند، پرسشنامه بر اساس اظهارات فرد، توسط پرسشگر زن تکمیل می‌شد.

در مرحله اول، پس از توزیع پرسشنامه‌ها در میان هر دو گروه و جمع‌آوری داده‌ها، ۵ پرسشنامه که پاسخ‌های آن‌ها بیش از اندازه نقص داشت از مطالعه کنار گذاشته شدند. در نهایت ۱۱۰ پرسشنامه کد گذاری و برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده طراحی شد. سپس در مرحله بعد، گروه مورد در معرض مداخله پژوهشگر (برنامه آموزش بهداشت) قرار داده شد تا بر اساس آن در راستای ارتقا رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در برابر ابتلا به عفونت ادراری (مسئله) شناخت (آگاهی) پیدا کرده، باورهای صحیحی (نگرش) در باره مسئله ایجاد شود و با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای خود را باور نمایند، به توانمندی‌های خود در پیگیری رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری اطمینان یابند (کنترل رفتار درک شده) و در نهایت به ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری نائل آیند. برنامه آموزشی با استفاده از روش‌های سخنرانی همراه با بحث گروهی، پرسش و پاسخ، نمایش فیلم، ارائه اسلاید و پمفلت در طی سه جلسه ۵۰-۶۰ دقیقه‌ای به اجرا در آمد. روش سخنرانی به دلیل صرفه‌جویی در وقت و منابع، ارائه حجم زیادی مطالب نظری در یک جلسه و همچنین ایجاد احساس امنیت و مفید بودن در فراگیران انتخاب شد. روش پرسش و پاسخ به منظور مشارکت بیشتر فراگیران در جریان یادگیری به‌کاربرده شد. سه ماه پس از اجرای برنامه آموزشی، از ۵۰ نفر از گروه مورد و ۵۰ نفر از گروه شاهد نمونه ادراری گرفته شد و داده‌های مربوط به آگاهی، ابعاد مدل رفتار برنامه‌ریزی شده

پژوهش حاضر به‌صورت نیمه تجربی روی ۱۱۰ نفر از مادران باردار که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشت شهر کرج مراجعه کرده بودند انجام شد. برای نمونه‌گیری تعداد ده مرکز (از هر منطقه ۲ مرکز) از بین مراکز شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر کرج به‌طور تصادفی انتخاب و مراکز مورد و شاهد به‌صورت یک‌درمیان از بین آن‌ها مشخص شد. آزمودنی‌ها به‌صورت در دسترس (در هر گروه ۵۵ نفر) انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در سه‌ماهه اول بارداری، عدم ابتلا به عفونت ادراری و بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، عدم آملی سیکل سل، مصرف نکردن آنتی‌بیوتیک و داروهای مهارکننده سیستم ایمنی و معیارهای خروج از مطالعه شامل حضور نداشتن مستمر در جلسات آموزشی (غیبت بیش از یک جلسه در طی مداخله آموزشی)، در دسترس نبودن در زمان تکمیل پرسشنامه پس-آزمون و ارجاع به دلیل فوریت پزشکی (ابتلا به عفونت ادراری در حین مطالعه، سقط‌جنین و ...) در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، آزمایش کشت کامل ادرار و پرسشنامه پژوهشگر ساخته حاوی ۹۵ سؤال مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول شامل سؤالات دموگرافیک، بخش دوم سؤالات آگاهی در زمینه عفونت‌های ادراری (۲۹ سؤال) و بخش سوم سؤالات سازه نگرش با ۱۷ سؤال، سازه هنجارهای انتزاعی با ۲ سؤال، سازه قصد رفتاری با ۷ سؤال، سازه ارزیابی عملکرد با ۲۲ سؤال و سازه کنترل رفتار درک شده با ۱۸ سؤال در رابطه با نحوه لباس پوشیدن، غذا خوردن، تخلیه ادرار، پاکیزگی و بهداشت و رفتارهای جنسی بود.

برای امتیازدهی پرسشنامه در بخش آگاهی برای پاسخ درست نمره یک و برای پاسخ غلط نمره صفر و در بخش ارزیابی عملکرد برای رفتار صحیح نمره یک و برای رفتار غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. سؤالات مربوط به نگرش، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌تایی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) طبقه‌بندی شدند. نمرات آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و ارزیابی عملکرد از ۱۰۰ تراز شدند. پاسخ‌های ارائه شده به سؤالات هنجارهای انتزاعی به‌طور کیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در بخش‌های آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری، فاصله بین کم‌ترین امتیاز (نمره صفر) و بیش‌ترین امتیاز (نمره صد) به‌طور قراردادی به سه دسته ضعیف (۰-۳۰)، متوسط (۳۱-۶۰)، خوب (۶۱-۱۰۰) طبقه‌بندی شد. برای سنجش روایی پرسشنامه با شیوه روایی محتوا، سؤالات اولیه با استفاده از منابع و کتب معتبر و پرسشنامه تقدیمی و همکاران (۱۶) تهیه و توسط

برای مقایسه وضعیت گروه‌های مورد و شاهد از منظر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، قبل از مداخله آموزشی از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد گروه‌های مورد و شاهد قبل از آموزش همسان هستند ($p > 0.05$) و دو گروه از نظر متغیرهای آگاهی، نگرش، نرم‌های انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری اختلاف معناداری با هم ندارند (جدول ۳).

در سازه هنجارهای انتزاعی که به صورت کیفی بررسی شد، ۹۳ نفر (۹۳ درصد) از زنان باردار مورد مطالعه، راهنمایی از طرف پزشک یا ماما در رابطه با پیشگیری از عفونت ادراری را امری تأثیرگذار می‌دانستند.

برای تعیین اثربخشی مداخله آموزشی در هر دو گروه، میانگین نمره متغیرهای مورد مطالعه (سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده) از آزمون آماری تی زوجی استفاده شد. با توجه به جدول ۴ آزمون تی زوجی حاکی از اختلاف معنادار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی است ($P < 0.05$) (جدول ۴). درحالی که آزمون تی زوجی در گروه شاهد هیچ‌گونه اختلاف معناداری را نشان نداد ($P > 0.05$) در سازه هنجارهای انتزاعی ۹۳ نفر (۹۳ درصد) زنان باردار مورد مطالعه از طرف پزشک یا ماما در رابطه با عفونت ادراری در دوران بارداری راهنمایی شده بودند.

سه ماه بعد از مداخله، بار دیگر آزمایش کشت ادرار از هر دو گروه گرفته شد که نتیجه کشت ادرار ۱۴ نفر (۱۴ درصد) مثبت و بقیه منفی بود. نتیجه کشت ادرار ۱۱ نفر (۱۱ درصد) از زنان گروه شاهد نیز مثبت بود، درحالی که در گروه مورد تنها نتیجه کشت ادرار ۳ نفر (۳ درصد) مثبت گزارش شد. نتیجه آزمون مربع کای حاکی از اختلاف معنادار نتایج آزمایش کشت ادرار بین گروه مورد و شاهد بود ($P < 0.05$).

و عملکرد آن‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع آوری شد. ۵ نفر از گروه مورد و ۵ نفر از گروه شاهد به علت مهاجرت، سقط‌جنین، عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه و غیبت بیش از یک جلسه از مطالعه خارج شدند. داده‌ها پس از استخراج، با نرم‌افزار ۱۸ SPSS تجزیه و تحلیل شدند. قبل از هر گونه تحلیل، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید شد. برای مقایسه میانگین نمره‌های آگاهی، ابعاد مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و رفتار قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها از آزمون تی جفتی و برای مقایسه میانگین نمره آگاهی، ابعاد مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و رفتار بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. مقدار $p < 0.05$ به عنوان سطح معناداری آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین سنی آزمودنی‌ها $5/63 \pm$ سال بود. در مطالعه حاضر ۱۰۹ نفر (۹۹/۱ درصد) واحدهای پژوهش خانه‌دار و یک نفر (۰/۹ درصد) شاغل بودند. از بین افراد مورد پژوهش ۲ نفر (۱/۸۱٪) بی‌سواد، ۱۴ نفر (۱۲/۷۲٪) تحصیلات ابتدایی، ۳۲ نفر (۲۹/۰۹٪) تحصیلات در سطح راهنمایی، ۵۲ نفر (۴۷/۲۷٪) تحصیلات در سطح دیپلم و ۶ نفر (۵/۴۵٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. برنامه آموزشی پس از تأیید برای افراد گروه مداخله ارائه شد و در گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نگرفت.

برای بررسی همسان بودن گروه مورد و شاهد از نظر توزیع متغیرهای دموگرافیک و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد گروه‌ها از نظر توزیع متغیرهای دموگرافیک کمی و کیفی (جدول ۱ و ۲) همسان هستند ($p > 0.05$).

جدول ۱: مقایسه گروه‌های مورد و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک کمی

P.value	شاهد		مورد		گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۶۸۷	۵/۴۸	۲۷/۲۰	۵/۷۶	۲۵/۹۲	سن
۰/۱۴۱	۰/۶۸	۰/۶۰	۰/۷۷	۰/۶۷	تعداد فرزند

N=110 T-test

جدول ۲: مقایسه گروه‌های مورد و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک کیفی

P.value	شاهد	مورد	گروه
---------	------	------	------

متغیر	تعداد		درصد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شغل	شاغل	۰	۰	۰/۵۰۰
	خانه‌دار	۵۵	۱۰۰	۹۸/۱۸
تحصیلات	بی‌سواد	۲	۳/۶۳	۰
	ابتدایی	۶	۱۰/۹۰	۱۴/۵۴
	سیکل	۱۹	۳۴/۵۴	۲۳/۶۳
	دیپلم	۲۴	۴۳/۶۳	۵۰/۹۰
	دانشگاه	۱	۱/۸۱	۹/۰۹
شغل همسر	کارمند	۴	۷/۲۷	۱/۸۱
	کارگر	۱۴	۲۵/۴۵	۴۰
	آزاد	۲۵	۴۳/۶۳	۵۶/۳۶
	بیکار	۲	۳/۶۳	۱/۸۱

Chi-square N=110

جدول ۳: بررسی و مقایسه گروه‌های مورد و شاهد از نظر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده قبل از مداخله

P.value	شاهد		مورد		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۷۰	۱۸/۳۶	۴۱/۶۳	۱۸/۵۷	۴۳/۶۳	آگاهی
۰/۶۱۵	۹/۹۹	۷۴/۰۹	۱۲/۹۲	۷۲/۹۸	نگرش
۰/۶۴۴	۱۱/۰۴	۸۳/۸۹	۱۲/۴۰	۸۲/۸۵	قصد رفتاری
۰/۴۹۷	۱۱/۵۱	۸۱/۳۳	۱۰/۲۳	۸۲/۷۴	کنترل رفتاری
۰/۵۳۶	۱۴/۳۹	۶۸/۹۲	۱۷/۵۶	۶۷/۰۲	عملکرد

T-test N=110

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در بروز عفونت ادراری در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی جفتی

P.value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	وضعیت مداخله
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۴۷۲	۱۷/۶۵	۴۱/۷۲	۱۷/۸۲	۴۱/۵۱	شاهد	آگاهی
۰/۰۰۰	۸/۷۲	۷۵/۲۴	۱۸/۰۲	۴۲/۴۱	مورد	
۰/۴۷۹	۴۸	۷۴/۲۱	۹/۷۲	۷۴/۰۷	شاهد	نگرش
۰/۰۰۰	۷/۰۷	۸۶/۲۵	۱۳/۴۲	۷۳/۱۲	مورد	
۰/۷۸۳	۱۰/۸۴	۸۱/۳۳	۱۱/۲۳	۸۱/۴۰	شاهد	کنترل رفتاری
۰/۰۰۰	۷/۷۲	۹۰/۹۵	۱۰/۴۳	۸۲/۸۶	مورد	
۰/۵۰۰	۱۰/۵۳	۸۴/۰۵	۵۷	۸۴/۴۵	شاهد	قصد رفتاری
۰/۰۰۰	۸/۵۹	۹۶/۰۰	۱۲/۵۷	۷۹/۱۴	مورد	
۰/۰۶۸	۱۳/۵۲	۶۹/۰۹	۱۳/۵۶	۶۸/۶۳	شاهد	عملکرد
۰/۰۰۰	۱۲/۳۵	۸۳/۶۳	۱۷/۸۸	۶۶/۵۹	مورد	

t-test N=100

بحث:

عفونت ادرازی گزارش کرده است [۱۳]، درحالی‌که در مطالعه حاضر رعایت نکردن نکات تغذیه‌ای بیش‌تر از سایر عوامل مطرح بود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره رفتار پیشگیری‌کننده از عفونت ادرازی پیش از مداخله آموزشی ۶۶/۵۴ است که پس از مداخله به ۸۳/۶۳ افزایش یافت.

نتیجه‌گیری:

ازآنجاکه آموزش از ارکان اصلی مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود، لازم است توجه بیش‌تری به امر طراحی و برنامه‌ریزی-های آموزشی بر مبنای الگوها و نظریه‌های آموزشی، علوم رفتاری و اجتماعی برای بیماری‌ها و موضوعات مختلف بهداشتی شود. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، الگویی جامع برای برنامه‌ریزی‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محسوب می‌شود و می‌تواند در موضوعات بهداشتی مختلفی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش بر پایه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده که دربردارنده نگرش‌ها و عقاید مشارکت‌کنندگان است می‌تواند در جهت ارتقا رفتار پیشگیری‌کننده از عفونت ادرازی مفید و مؤثر واقع شود. علت تأثیر برنامه استفاده‌شده در این مطالعه، شناسایی نقاط ضعف قبل از انجام مداخله و تدوین محتوا و راهبردهای آموزشی متناسب با آن‌ها باشد. بر اساس نتایج حاصل از آموزش مبتنی بر این نظریه، هرگاه زنان دانش و آگاهی کافی نسبت به مسئله عفونت‌های ادرازی پیدا کنند، خود را در معرض خطر ابتلا به آن بدانند، خطر ناشی از آن را جدی بگیرند، درک بالایی از کنترل رفتار پیشگیری‌کننده از عفونت ادرازی پیدا کنند و موانع انجام رفتار پیشگیرانه را کم‌تر احساس کنند، آن‌وقت انجام رفتار پیشگیری‌کننده از عفونت ادرازی ارتقا پیدا می‌کند.

این پژوهش نشان داد که برنامه‌های آموزشی باید در جهت تقویت ذهن و باور زنان نسبت به رفتارهای صحیح پیشگیری از عفونت ادرازی اجرا شود و در این خصوص پزشکان، ماماها و کارکنان بهداشتی درمانی از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی می‌باشند.

پیشگیری اولیه از عفونت ادرازی به‌عنوان یک‌راه کار با اثربخشی خوب در نظر گرفته می‌شود. به‌علاوه برنامه‌ریزی‌های آموزشی منسجم و بر پایه نیاز مخاطبین در هر زمان مهم‌ترین ابزار در جهت پیشگیری است. اهمیت توجه روز افزون به سلامت مادر و کودک بر کسی پوشیده نیست. ازاین‌رو تمام کارکنان بخش پزشکی و بهداشت باید مداخلات خود را بر پایه این اصل قرار دهند و آموزش را به‌عنوان پرچم‌دار تلاش‌های خود مد نظر داشته باشند. برای تحقق این امر باید به جستجوی راه‌حل‌های عملی در راستای کنترل و پیشگیری از عفونت ادرازی پرداخت که در این میان افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد زنان باردار از

نتایج بررسی‌ها نشان داد که رفتارها و عادات بهداشتی نقش بسیار مهمی در ایجاد عفونت ادرازی دارند. از این رو با آگاهی از عوامل مستعدکننده این نوع عفونت و ایجاد تغییر در رفتارهای بهداشتی می‌توان گام مؤثری در کاهش آن به خصوص در زنان برداشت [۱۲].

بر اساس یافته‌های مطالعه لیلا تبریزیان و همکاران، رعایت نکردن برخی نکات بهداشتی در رابطه با رفتارهای جنسی با عفونت ادرازی مرتبط است. ازاین‌رو به‌منظور پیشگیری از ابتلا زنان همسردار به عفونت ادرازی پیشنهاد می‌شود تا اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت جنسی برای این گروه مد نظر قرار گیرد [۲۶].

عدم رعایت رفتارهای بهداشتی در هر جامعه‌ای اعم از آموزش‌دیده، بی‌سواد، باسواد، ثروتمند یا فقیر دیده می‌شود. رفتار درست یا نادرست بخشی از فرهنگ هر جامعه محسوب می‌شود. آمادگی افراد جامعه برای شناخت و عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی در راستای حفظ سلامت و اجتناب از بیماری‌ها نیازمند شکل دادن رفتار است [۲۷]. در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره نگرش افراد ۷۳/۱۲ بود که بعد از مداخله به ۸۶/۲۵ افزایش یافت. این افزایش می‌تواند به دلیل شرکت زنان باردار در کلاس‌های آموزشی در خصوص عفونت ادرازی باشد. آگاهی از جدی بودن عفونت ادرازی 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 نسبت به یک بیماری به‌تنهایی کافی نیست، بلکه طرز تفکر و نگرش درباره آن، عامل مهمی در اقدام پیشگیرانه است.

در این پژوهش میانگین نمره قصد رفتاری قبل از مداخله ۷۹/۱۴ بود که بعد از مداخله به ۹۶ افزایش یافت. این نتیجه با مطالعه انجام‌شده توسط کریمی و همکاران [۲۸]، کونر و همکاران [۲۹] همسو است. در مطالعه تقدیسی و همکاران ۷۱/۸ درصد (۷۹ نفر) زنان باردار مورد مطالعه برای پیشگیری از عفونت‌های ادرازی راهنمایی از طرف خانواده را پذیرا بودند [۱۶]، درحالی‌که در مطالعه حاضر ۹۳ درصد (۹۳ نفر) زنان باردار راهنمایی از طرف پزشک یا ماما را قبول داشتند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد راهنمایی پزشک یا ماما از طریق نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در قالب کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری در راستای پیشگیری از عفونت ادرازی زنان باردار کاملاً مؤثر و مفید خواهد بود.

گالفارین و همکاران، سال ۲۰۰۸ در پاکستان در مطالعه‌ای به بررسی عوامل خطر عفونت ادرازی در بارداری پرداختند. این مطالعه دانش اندک در رابطه با سلامت، فعالیت‌های جنسی زیاد و سطح اجتماعی - اقتصادی پایین را به‌عنوان عوامل خطر بروز

انجام شده و به شماره ثبت ۴-۱۳۸-۹۱ در یکصد و سی و هشتمین جلسه کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه مطرح و در مورخه ۱۳۹۱/۹/۱۳ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از همکاری کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر کرج و سایر اساتید بزرگوار سپاسگزاری می‌شود.

طریق آموزش امری بدیهی است و مستلزم اقدامات و برنامه‌ریزی‌های گسترده در سطح جامعه می‌باشد.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه با حمایت مالی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت

References:

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilsrap LC, Wenstrom KD. *Willams Obstetrics*, 22nd ed, Mc Graw Hill Co 2005; pp: 1252.
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*, 6th ed, Elsevier Inc 2005; pp: 875-908.
- Ronald A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens. *Am Med* 2002; 113(suppl 1A):145-195.
- Rayan K.J, Barkowitz R.S, Barbieri R.L, Dunaif A. *Kistners Gynecology & Womens Health*, 7th ed 1999; 567.
- Marlin B, Coldman M.C. *Woman & Health*. Aloudermic press: 2000; 361-370.
- Foxman B. Epidemiology of urinary tracy infection: incidence, morbidity and economic costs. *AMJ Med* 2002; 113(suppl 1a):5-13.
- Foxman B, Frerch R.R. Epidemiology of Urinary Tract Infection. *Am.j.Medseince*: 1985; 314(4):245-249.
- Patterson TF, Andriole VT. Detection significance and therapy of bacteriuria in pregnancy, update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11; 593-608.
- Mottaghi K, Alavi Nejad P. *Women diseases and midwifery*. Tehran: Rastan Publ; 1998:426.(persion)
- Franklin TL, Monif GR. Trichomonas vaginals and bacterial vaginosis, coexistence in vaginal wet mount preparations from pregnant women. *J Reprod Med* 2000; 45(2): 131-4.
- Foxman B, Gillespie B, Koopman J, et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. *Am J Epidmiol* 2000; 151: 1194-205.
- 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. (Text in Persian).
- Gulfareen H, Nishat Z, Aftab Afroze M, Ambreen H. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *J Pak Assos Zolo*; 60(3):213-216.
- Afrakhteh M, Mahdavi A, Valaei N. Relationship between bacterial vaginosis and urinary tract infection. *J Zanjan univercity* 2003; 11(42):37-42.
- Michael G, et al. *High Risk Pregnancy Management Option*. fifth edition. 1992; 46(2):441.
- Medomott S. Perinal risk for mortality and mental retardation associated with material urinary tract infections. *J Fam Prac* 2001; 50: 433-37.
- Schieve LA, Handler A, Hershov R, Presky V, Davis F. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. *Am J Public Health* 1994; 84(3): 405-10.
- Noori K, Shojaei zadeh D. *health and behavior change*. First edition. Neshane Pub. Tehran. 2005; 14.(perssian).
- Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychol Health* 2000; 15:173-89.
- McKenzie JF, Neiger B, Thackeray R. *Planning implementing and evaluating health promotion programs*, 4th ed. USA, Pearson Benjamin Cummings 2005; pp: 143-77, 180-206, 211-29.
- Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health behavior and health education*, 4th ed, USA, Jossey Bass 2008; pp: 23-44, 68-95.
- Allahverdipoor H. Passing through traditional health education towards theory oriented health education. *Health Promot Educ Quart* 2004; 1(3):1:75-79.
- Taylor D, Bury M, Campling N, et al. A review of the use of health belief model (HBM) theory of reasoned action (TRA) theory of planned behavior (TPB) Tran theoretical model (TTM) to study and predict health related behavior change, 2nd ed, London, WC1N 1AX 2006; pp: 38-49.
- Sharma M, Romas J. *Theoretical foundation of health education and health promotion*, 1st ed, USA, Barlett 2008; pp: 3- 17, 25-52.
- Hubely J. *Health communication, an action guide to health education and health promotion*, 1st ed, London, Uk, Macmilan Press 1993; pp: 3-27.
- Tabriziyan L, Nikpoor S, Masroor D, Haghani H. Analysis of Sexual behavior with urinary tract infections in married women. 5nd International congress of Gynecology and Obstetrics. Iran; Tehran: 2002. (Text in Persian).
- Karimi M, Niknami Sh, Heidarnia A.R. The effects of health education based on health belief model on prevent action of AIDS on addicted prisoners in Qezelhesar of Tehran. *Ghazvin University of Medical Sciences Journal* 2008; 18(70):64-73. (Text in Persian).
- Karimy M, Niknami S, Heidaria A R, Hajizadeh I. Preventing tobacco use among Iranian male adolescents: an application of the Theory of planned behavior. *JPayesh* 2013; 12:423-431.

29. Conner M, Higgins A. Long-Term effects of implementation intention on prevention of smoking uptake among adolescents: a cluster randomized controlled trial. *Health Psychology* 2010;29:529-38.
30. Olsen, B.E., Hinderaker, S.G., Lie, R.T., Gasheka, P., Baerheim, A., Bergsjø, P. & Kvale, G. The diagnosis of urinary tract infections among pregnant women in rural Tanzania; Prevalences and correspondence between different diagnostic methods. *Acta Obstetrica Gynecology Scandinavia* 2000; 79: 729-736
31. Gilstrap, L.C. & Ramin, S.M. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstetric and Gynaecology Clinics North America* 2001; 28(3): 581-91.
32. Dalzell, J.E. & Lefevre M.L. Urinary tract infection of pregnancy. *American Academy of Family Physicians* 2000;61: 713-21.

The effect of education based on the theory of planned behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women

Jalali M¹, Shamsi M^{1*}, Roozbahani N¹, Kabir K²

Received: 5/8/2014

Revised: 9/4/2014

Accepted: 10/4/2014

1. Dept. of Health Education, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2. Dept. of Social Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol. 12, No. 3, Full 2014

Abstract

Par J Med Sci 2014;12(3):49-57

Introduction:

Urinary tract infections are among the most common medical conditions in women. Due to changes in the body during pregnancy, pregnant women are more prone to be infected. Urinary tract infection is a very serious issue due to its potential side effects for the mother and the fetus. The present study was conducted to investigate the effect of education based on the theory of planned behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women.

Materials and Methods:

The present quasi-experimental study was conducted on 110 pregnant women admitted to health care centers in the city of Karaj who were randomly divided into the case and control groups. Data collection tools composed of a urine culture test and the questionnaire designed based on the theory of planned behavior, the validity and reliability of which had been approved prior to the study. The initial data were analyzed using the Mann-Whitney statistical test and Spearman's rank correlation coefficient in SPSS-18 software. The educational content was then designed and implemented based on the analyses. Three months after the educational intervention, the second test was conducted using the same questionnaire and the data were once again analyzed.

Results:

After the educational intervention, the mean score of the constructs of the theory of planned behavior (attitude, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention) significantly increased in the case group compared to the control group ($p < 0.05$). In addition, the incidence of urinary tract infection was 3% in the case group and % 11 in the control group after the educational intervention, suggesting a statistically significant reduction ($p < 0.05$).

Conclusion:

The health education program designed based on the theory of planned behavior was effective in promoting preventive behaviors of urinary tract infection. The control, monitoring and follow-up of training are recommended in the implementation these programs.

Keywords: Education, Theory, Pregnant Women, Urinary Tract Infection

* Corresponding author, Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir