

طراحی و ارزشیابی مداخله آموزشی بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری کودکان در مادران دارای کودک زیر ۶ سال

مینا سادات هاشمی پرست: دانشجوی دوره دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

Mina.hashemi26@yahoo.com

*دکتر داود شجاعی زاده: استاد و متخصص آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران (*نویسنده مسئول).

shojae5@yahoo.com

دکتر طاهره دهداری: استادیار و متخصص آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

dehdarit@yahoo.com

دکتر محمود رضا گوهری: دانشیار و متخصص آمار حیاتی، گروه آمار و ریاضی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، ایران. gohar_ma@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۲

چکیده

زمینه و هدف: عفونت مجاری ادراری (UTI) یکی از شایع ترین عفونت های باکتریال در کودکان می باشد که از نظر شیوع پس از عفونت های مجاری تنفسی قرار دارد. نظر به اهمیت آموزش به منظور ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت ادراری کودکان در مادران دارای کودک زیر ۶ سال انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۰ در ۶۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۶ سال که به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه خود ساخته مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بود. پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی در ۲ زمان قبل و ۱ ماه بعد از آموزش، توسط مادران تکمیل گردید و بعد از انجام پیش آزمون، مداخله آموزشی در طی ۴ جلسه آموزشی به مدت ۴ هفته برای گروه آزمون انجام گرفت. در نهایت اطلاعات حاصل جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل و زوجی، همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین نمرات شدت درک شده ($p=0/001$)، منافع درک شده ($p=0/001$)، خودکارآمدی ($p=0/028$) و رفتار ($p=0/002$) بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش چنین استنباط می شود که مداخله حاضر تاثیر مثبتی روی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در مادران داشته است و هم چنین مداخله در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی منجر به بهبود میانگین نمرات منافع درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی مادران گردید.

کلیدواژه ها: آموزش، الگوی اعتقاد بهداشتی، عفونت ادراری، رفتار.

مقدمه

که میزان شیوع این عفونت تا حد زیادی به سن و جنس بستگی دارد (۴ و ۵)، به طوری که شانس ابتلا به عفونت در پسرها تقریباً ۲٪ و در دخترها ۸٪ است (۶).

اگر چه با پیشرفت ها و روش های نوین تشخیصی و درمانی، امروزه مرگ و میر ناشی از این بیماری به صفر نزدیک می شود، ولی عوارض دراز مدت عفونت دستگاه ادراری مانند نارسایی کلیه و اورمی، ابتلا به فشار خون و عوارض دوران بارداری می تواند در آینده گریبانگیر فرد شود (۷ و ۸). از طرفی کودکان حساس ترین گروه های اجتماعی نسبت به

عفونت مجاری ادراری (UTI) یکی از شایع ترین عفونت های باکتریال در کودکان می باشد که از نظر شیوع پس از عفونت های مجاری تنفسی قرار دارد (۱). تقریباً ۱٪ پسرها و ۳٪ دخترها در طی ده سال اول زندگی حداقل یک بار به عفونت ادراری علامت دار مبتلا می شوند (۲). از نظر اپیدمیولوژی تخمین زده می شود سالیانه حدود ۱۵۰ میلیون بیمار مبتلا به عفونت ادراری تشخیص داده می شوند که این میزان حداقل ۶ میلیون دلار هزینه مراقبتی دارد (۳). مطالعات نشان داده اند

کودکان و عوارض حاد و مزمن منتسب به آن و بار اقتصادی سنگینی که به خانواده و جامعه تحمیل می نماید و با توجه به نقش برجسته رفتار در پیشگیری از این عفونت، اهمیت انجام مداخلات مختلف از جمله مداخلات آموزشی در جهت افزایش رفتارهای پیشگیری کننده این عفونت لازم می نماید. برنامه های آموزشی که تنها افزایش آگاهی افراد را مد نظر دارند اغلب در این هدف موفق می شوند، ولی در تغییر متغیر های دیگری چون ادراکات و باورهای افراد و ایجاد رفتارهای پایدار معمولاً اثربخش و کارآمد نیستند (۱۲). این مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی مداخله آموزشی بر اساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی به منظور ارتقای رفتارهای مادران در زمینه پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری در کودکان زیر ۶ سال انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی می باشد که در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. افراد شرکت کننده در این پژوهش ۶۰ مادر دارای کودک زیر ۶ سال بودند که با استفاده از فرمول حجم نمونه در سطح خطای ۰/۰۵ برابر ۲۴ نفر به دست آمد و در نهایت با ۲۰٪ ریزش قابل قبول در هر گروه، در کل تعداد ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری از نوع خوشه ای بود که در آن هر مهد کودک به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. از بین مهد کودک های منطقه ۶ تهران ۳ مهد کودک را انتخاب کرده و از هر مهد ۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن کودک زیر ۶ سال و ارائه موافقت نامه کتبی برای ورود به پژوهش. پس از انتخاب نمونه هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، مادران به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته، طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود. بخش اول شامل ۱۱ سوال مربوط به سنجش خصوصیات دموگرافیکی مادران، بخش دوم به منظور سنجش عملکرد مادران شامل ۴ سوال رفتاری بود. سوالات مربوط به سازه های مدل

بیماری های عفونی هستند. شیوع بالای عفونت، احتمال عود مجدد بیماری، تنوع تظاهرات بالینی در مقاطع سنی مختلف و به دنبال آن مشکل بودن تشخیص بالینی و آزمایشگاهی، مقاومت عامل مولد بیماری در برابر آنتی بیوتیک ها و نیز عوارض طولانی مدت جدی در کودکان باعث شده تا عفونت سیستم ادراری از اهمیت ویژه ای در کودکان برخوردار باشد (۹). در بسیاری از موارد این بیماری قابل پیشگیری بوده و رفتارهای سلامتی مناسب می تواند فرد را از ابتلا به این بیماری مصون ساخته و یا باعث حداقل خطر شود. اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری ها و الگوهای مورد استفاده در آن بستگی دارد. چارچوب مفهومی مورد استفاده در این مطالعه جهت تدوین برنامه آموزشی، الگوی اعتقاد بهداشتی می باشد که یکی از الگوهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت بوده و در دهه ۱۹۵۰ توسط روان شناسان اجتماعی طراحی شده است. سازه های کلیدی این الگو عبارتند از: حساسیت درک شده (یعنی فرد تا چه میزان خود را مستعد ابتلا به بیماری خاصی می داند)، شدت درک شده (باورهای فرد در مورد جدیت و وخامت بیماری)، منافع درک شده (درک فرد از سود و منفعت ناشی از اتخاذ رفتار پیشگیری کننده)، موانع درک شده (ادراک فرد از موانع و مشکلات بر سر راه انجام هر رفتار و عمل بهداشتی است)، راهنما برای عمل (محرک هایی که اتخاذ تصمیم را سرعت می بخشند و موجب احساس نیاز برای انجام رفتار می گردند) و خود کارآمدی (اعتقاد راسخ فرد به توانایی خود جهت انجام موفقیت آمیز یک رفتار (۱۰)).

اکثر مطالعات انجام شده در ایران در رابطه با عفونت های ادراری کودکان منحصر به بررسی های توصیفی مرتبط با روش های تشخیصی و درمانی بود و بررسی های محقق نشان داد که تاکنون مداخله مدونی در رابطه با روش های پیشگیری انجام نشده است. از چارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی و ایدز استفاده شده است (۱۱). با توجه به شیوع نسبتاً زیاد عفونت ادراری در

فواید آن بیانند (موانع درک شده). باور کنند که می‌توانند رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از عفونت ادراری را به درستی انجام دهند (خودکارآمدی) تا در نهایت به اتخاذ رفتار پیشگیری کننده اقدام نمایند. برنامه آموزشی با استفاده از آموزش به صورت مستقیم از طریق سخنرانی و مشارکت فعال نمونه‌ها (پرسش و پاسخ) و هم چنین آموزش غیر مستقیم از طریق ارائه پمفلت‌های آموزشی برگزار گردید. یک ماه بعد از اتمام آموزش، به منظور بررسی میزان ماندگاری آموزش‌های داده شده، دو گروه مجدداً پیگیری شده و پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS برای مقایسه میانگین نمره سازه‌ها قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میانگین نمره سازه‌های مدل، قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه از آزمون تی زوجی استفاده گردید. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیکی کمی با میانگین نمره رفتار از آزمون هم بستگی و برای تعیین وجود تفاوت معنی دار بین میانگین نمره رفتار بر حسب متغیرهای کیفی دو حالته مانند داشتن سابقه خانوادگی از آزمون تی مستقل و در متغیرهای چند حالتی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در گروه آزمون و کنترل ۳۵/۵۷ سال بود. بیشتر زنان دو گروه (۹۲٪) در گروه آزمون و ۸۴/۶٪ در گروه کنترل) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه آزمون ۹۲/۳٪ و در گروه کنترل ۷۶/۹٪ مادران کارمند بودند. سابقه ابتلا به عفونت ادراری در میان فرزندان خانواده در دو گروه ۱۲٪ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین سابقه ابتلا به عفونت ادراری با رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت، در مرحله قبل از مداخله رابطه معنی دار وجود دارد ($p=0/05$). آزمون همبستگی پیرسون مشخص کرد که در مرحله قبل از آموزش بین سن مادر و رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت ادراری

اعتقاد بهداشتی بر اساس مقیاس لیکرت و نمره آن بین ۱ تا ۵ متغیر بود. حساسیت درک شده ۵ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۲۵-۵، شدت درک شده ۵ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۲۵-۵، منافع درک شده ۵ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۲۵-۵، موانع درک شده ۷ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۳۵-۷، راهنمای عمل ۳ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۱۵-۳، خودکارآمدی ۵ سوال، محدوده نمرات قابل اکتساب ۲۵-۵ بود. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد. به منظور تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار تعدادی از متخصصین صاحب نظر در این خصوص قرار گرفت و نظرات آنان در پرسشنامه اعمال گردید.

پس از هماهنگی با مسئولین دانشگاه جهت ورود به مهدکودک‌های مورد پژوهش و معرفی خود به مادران، بیان هدف پژوهش و اخذ رضایت نامه کتبی از آنان (در صورت تمایل به شرکت در پژوهش) ضمن رعایت موازین اخلاقی (تحمیلی نبودن تکمیل پرسشنامه و حق خروج از مطالعه برای مادران) و محرمانه بودن اطلاعات (هر پرسشنامه دارای کد بوده و نیاز به درج مشخصات مادران نداشت) نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمود. سپس پرسشنامه خود ساخته دو هفته قبل از اجرای برنامه آموزشی در اختیار مادران قرار داده شد و پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها تحلیل شدند.

بر اساس نتایج به دست آمده از داده‌های پیش آزمون، برنامه آموزشی تدوین و برای گروه آزمون اجرا شد. برنامه آموزشی طی ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته انجام شد. تمرکز برنامه آموزشی این بود که مادران برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری احساس خطر کنند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در ابعاد جسمی، اجتماعی و اقتصادی درک نمایند (شدت درک شده). سود و منفعت و قابل اجرا بودن رفتارهای خود را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم هزینه تر از

شدت درک شده بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش یافت (۱۳).

بر اساس نتایج حاصله، میانگین نمره منافع درک شده در گروه مداخله پس از آموزش افزایش یافت. مطالعات مختلف رابطه قوی بین منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را نشان داده اند و این که درک شخص از منافع، مسیر اقدام را هموار می‌سازد (۱۱). میانگین نمره خودکارآمدی، که در این مطالعه به معنای اطمینان شخص به توانایی خود برای انجام رفتارهای پیش گیری کننده از عفونت ادراری بود نیز در گروه آزمون پس از مداخله افزایش یافت که با مطالعه فارسی و همکاران در خصوص بررسی تاثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت هماهنگی دارد (۱۴).

در مرحله پس از آموزش در بعد حساسیت درک شده، موانع درک شده و راهنمای عمل میانگین نمرات افراد گروه آزمون تغییر مختصری را نشان داد که این تغییرات از نظر آماری معنی دار نبود و با نتایج سایر مطالعات تفاوت داشت، به طوری که در مطالعه هزاوه ئی که با هدف بررسی تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی در دانش آموزان انجام شد نشان داد که میانگین نمرات هر کدام از سازه‌های (حساسیت درک شده، موانع درک شده، راهنمای عمل) قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی داری نداشت اما پس از مداخله تفاوت

در دو گروه، رابطه معنی داری وجود ندارد ($p=0/77$) در گروه آزمون و ($p=0/14$ در گروه کنترل). نتایج آزمون آنالیز و واریانس یک طرفه نشان داد که رابطه بین تحصیلات و شغل مادر با رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری معنی دار نیست ($p=0/249$). در جدول ۱، مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از آموزش آورده شده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر تایید کننده تاثیر برنامه آموزشی طراحی شده بر افزایش میزان شدت درک شده گروه آزمون در زمینه عفونت ادراری بعد از مداخله می باشد. در این مطالعه شدت درک شده توسط متغیرهایی چون وخامت بیماری، پرهزینه بودن درمان، عود مجدد عفونت پس از ابتلا، و عوارضی نظیر نارسایی کلیه و پرفشاری خون سنجیده شد. تحقیقی که توسط کریمی در سال ۸۸ با عنوان کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی، نگرش و عملکرد آرایشگران زرنديه نسبت به بیماری ایدز روی ۵۸ آرایشگر زن و مرد با استفاده از پرسشنامه قبل و بعد انجام شد نیز نشان داد که بین میانگین نمره شدت درک شده قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی داری وجود دارد (۱۱). در تحقیقی دیگر که با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد میانگین نمره

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از آموزش

گروه کنترل	گروه آزمون		حساسیت درک شده
	قبل از آموزش	۱ ماه پس از آموزش	
۱ ماه پس از آموزش	۲۱/۷۸ ± ۱/۸۸	۲۱/۸۸ ± ۲/۲۹	۲۱/۶۶ ± ۳/۲۱
قبل از آموزش	۲۱/۵ ± ۲/۳۴	۲۴/۶۱ ± ۱/۱۳*†	۲۱/۷۶ ± ۲/۲۵
۱ ماه پس از آموزش	۲۱/۹۲ ± ۲/۹۲	۲۴/۷ ± ۰/۷۳۷*†	۲۰/۶۰ ± ۲/۵۸
قبل از آموزش	۲۰/۴۰ ± ۲/۳۲	۲۹/۸۵ ± ۴/۳۷	۲۸/۹۵ ± ۵/۰۳
۱ ماه پس از آموزش	۲۸/۱۳ ± ۶/۵۹	۱۳/۹۶ ± ۲/۶۶	۱۳/۲ ± ۲/۰۸
قبل از آموزش	۱۲/۶۰ ± ۲/۷۶	۲۴/۱۸ ± ۲/۲۱*†	۲۰/۶۳ ± ۳/۳۳
۱ ماه پس از آموزش	۲۲/۲۴ ± ۳/۲۰	۹/۰۸ ± ۱/۴۱†	۸/۲۸ ± ۲/۰۳
قبل از آموزش	۶/۸۰ ± ۳/۰۴		

بر اساس آزمون تی زوجی اختلاف میانگین نمرات دو گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار بود *

بر اساس آزمون تی مستقل اختلاف میانگین نمرات دو گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار بود †

Hill; 2007: 553-575.

2. William R. Urinary tract infection in children. In: Gonzales ET, Bauer SB. Pediatrics Urology Practic. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999: 433-463.

3. Tanagho EA, Jack W, Aninch MC. Smith's general urology .6th ed. New York: Mc Craw-Hill; 2004:203-209.

4. Elder JS. Urinary tract infection. In: Behrman RE, Kliegman RM. Nelson text book of pediatrics.17th ed. Philadelphia, USA: WB Saunders company; 2004:85-90.

5. Hansson S, Jodal U. Urinary tract infection. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P. Pediatric nephrology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2004:1007-1027.

6. Stark H. Urinary tract infections in girls: the cost-effectiveness of currently recommended investigative routines. *Pediatr Nephrol.* 1997; 11: 174-7.

7. Bremberg S.G, Edström S. Outcome assessment of routine medical practice in handling child urinary tract infections: estimation of renal scar incidence. *Ambulatory Child health.* 2001; 7(3-4):149-55.

8. Jones VK, Asscher WA. Urinary tract infection and vesicouretral reflux. In: Edelman CM. Pediatric kidney Disease. 2nd ed. Boston: Little Brown & Co; 1992: 1943-1991.

9. Tavakoli A, Navab F. Resistance evaluation of Klebsiella pneumoniae to commonly antibiotics used in urinary tract infection. *J Isfahan Med Sch.* 1999; 15(55):17 [Persian].

10. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, Research and Practice. 4th ed. 2008.

11. Karimi M. The application of health belief model on knowledge, attitude and Zarandiye hairdressers practices to AIDS. Twelfth National Conference on Environmental Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences School of public health. 2009 [Persian].

معنی داری در گروه آزمون دیده شد (۱۵). علت تفاوت در نتایج این است که در این پژوهش قبل از آموزش، نگرش افراد در مورد حساسیت درک شده بسیار بالا و موانع درک شده در خصوص انجام رفتار بسیار پایین بود و تغییرات ایجاد شده در اثر آموزش ناچیز بود. لذا پیشنهاد می شود در برنامه های آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی به منظور افزایش رفتار های پیشگیری کننده از عفونت ادراری بر سازه های شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی تاکید بیش تری شود.

در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های ادراری نظیر تعویض پوشک پس از هر بار دفع ادرار یا مدفوع، شستشوی دست ها پیش از شستشوی کودک، شستشوی از جلو به عقب و مراجعه به پزشک در صورت مشاهده تکرر و یا سوزش ادرار در کودک، نتایج نشان می دهند که بعد از انجام مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که طراحی و اجرای برنامه آموزشی که در طی ۴ هفته برای مادران دارای کودک زیر ۶ سال شرکت کننده در مطالعه انجام گرفت و با توجه به این که این پژوهش یکی از اولین مطالعات انجام گرفته در خصوص پیش گیری و مبتنی بر الگو در مادران در ایران بوده است، می تواند تفاوت معنی داری را در میزان آگاهی و نگرش و عملکرد در گروه آزمون در زمینه اتخاذ و انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت مجاری ادراری در کودکان به وجود آورد.

نتایج بررسی حاضر، مؤید این است که آموزش براساس الگوی اعتقاد بهداشتی، می تواند رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری کودکان را در مادران دارای کودک زیر ۶ سال ارتقاء داده و در کاهش ابتلا به این بیماری مؤثر باشد .

منابع

1. Jantusch B, Kher K. Urinary tract infection. In: Kanwal K. Kher, Makker S, Makker S.P, editors. Clinical pediatric nephrology. 2nd ed. United States: McGraw

12. Dehdari T, Ramezankhani A, Zarghi A. Principles of Health Promotion. 1st ed. Tehran: Nazari. 2010 [Persian].
13. Sharifirad Gh, Hazavei M, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzade A. The effect of educational programs based on Health Belief Model on foot care in diabetics patients. IJEM. 2006; 8(3):231-9 [Persian].
14. Farsi Z, Asadzandi M, Najafi S, Karimi A. The effect of education based on Health Belief Model on health beliefs, knowledge and behavior of diabetic patients. IJDL. 2006; 6(2):169-76 [Persian].
15. Hazavei S, Motamedi N, Hejazi S.H, Zamani A, Saberi S, Rahimi E. The impact of education based on the Health Belief Model to promote preventive behaviors of cutaneous lyshmanyoze. J Military Med. 2009; 11(4):231-6 [Persian].

Design and evaluation of educational interventions on the health belief model to promote preventive behaviors of urinary tract infection in mothers with children less than 6 years

Mina Hashemi Parast, Msc. Department of Health education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mina.hashemi26@yahoo.com

***Davoud Shojaizade**, PhD. Full Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). shojae5@yahoo.com

Tahereh Dehdari, PhD. Assistant Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. dehdarit@yahoo.com

Mahmood RezaGohari, PhD. Associate Professor of Biostatistics, Department of Statistics and Mathematics, School of Management and Medical Information, Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. gohar_ma@yahoo.com

Abstract

Background: Urinary Tract Infection (UTI) is one of the most common bacterial infections in children and its prevalence follows respiratory tract infections. Considering the importance of education to promote preventive behavior of urinary tract infections this study determined the effectiveness of educational interventions based on Health Belief Model (HBM) to promote preventive behaviors of urinary tract infection in mothers who had children less than 6 years.

Methods: This study is a quasi-experimental study. The sample size was 60 mothers who had children less than 6 years. The mothers were randomly divided into two groups; (30) case and (30) control. Data collection tool was self-designed questionnaire based on the Health Belief Model.

A questionnaire was developed according to Health Belief Model components. It was completed twice, once before education and the other 1 month after training of the mothers. After the pre-test an educational intervention was performed in 4 training sessions over 4 weeks for case group. Finally, data were collected and analyzed by SPSS software using independent and paired t-test, ANOVA and Pearson correlation analysis.

Results: The results of the study showed that there are significant relationship between two groups in terms of perceived severity ($p=0.001$), perceived benefits ($p=0.001$), self efficacy ($p= 0.002$) and treatment ($p= 0.002$) after the intervention.

Conclusions: According to the findings of the research the intervention has importance in preventive behaviors of urinary tract infection in mothers. And also intervention based on the Health Belief Model led to improved scores in perceived benefits, perceived severity and mothers self-efficacy.

Keywords: Education, Health belief model, Urinary tract infection, Behavior.