



## Original Article

## تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان خانه دار اصفهانی بر پیشگیری از عفونت هلیکوباکتر پیلوری

معصومه علی دوستی\*، معصومه دلارام، زیبا رئیسی

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، چهارمحال و بختیاری، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۰۷

## چکیده

**زمینه و هدف:** تدوین برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی به مردم درباره پیشگیری از بیماری‌ها از ضرورت‌های بهداشتی می‌باشد. با توجه به شیوع عفونت هلیکوباکتر پیلوری و ارتباط آن با سرطان معده، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از ابتلا به عفونت هلیکوباکتر پیلوری در زنان خانه‌دار انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه تجربی ۸۴ زن خانه‌دار با مشخصات دموگرافیکی تقریباً مشابهی به صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد طبقه‌بندی شدند. قبل از مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، پرسش‌نامه توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه مورد، آموزش مورد نظر را در ۴ جلسه آموزشی دریافت کردند و هر دو گروه ۲ ماه بعد مجدداً پرسش‌نامه را تکمیل کردند. داده‌های به‌دست آمده با نرم‌افزار SPSS18 و آزمون‌های آماری Mann-Whitney, Paired T test و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات آگاهی و الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد، قبل از آموزش در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما بعد از آموزش تفاوت معنی‌دار شد ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی سبب افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد زنان خانه‌دار در زمینه رعایت رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از عفونت هلیکوباکتر می‌شود.

**کلمات کلیدی:** رفتارهای بهداشتی، هلیکوباکتر پیلوری، الگوی اعتقاد بهداشتی، آموزش، زنان خانه‌دار

## مقدمه

عفونت این عفونت انسان‌ها هستند و الگوی انتقال شبیه هیپاتیت می‌باشد و از طریق فرد به فرد (انتقال دهانی- دهانی یا مدفوعی- دهانی) و با عدم رعایت موازین بهداشتی منتقل می‌شود (۱ و ۳). با توجه به ارتباط این عفونت با زخم معده و سرطان معده نیاز فوری به استراتژی‌های مداخله‌ای به منظور جلوگیری از انتشار آن مطرح می‌شود و بر اساس داده‌های اپیدمیولوژیکی رعایت موازین بهداشتی نقش بالقوه مهمی را بازی می‌کند (۳)؛ لذا با آموزش در حیطه رفتارهای بهداشتی به زنان، مانند آموزش روش‌های صحیح ضد عفونی کردن و سالم‌سازی سبزیجات و میوه‌ها می‌توان به سادگی از آلودگی‌های منتقله از راه آن‌ها پیشگیری کرد (۶). در مطالعاتی به کمبود آگاهی و نگرش افراد نیز اشاره شده است. مطالعه رحیمیان رابطه معناداری بین سطح تحصیلات پایین والدین و مثبت بودن عفونت هلیکوباکتر در کودکان را نشان می‌دهد (۷). در حقیقت ناآگاهی و به دنبال آن رعایت نکردن

عفونت هلیکوباکتر پیلوری یکی از شایع‌ترین آلودگی‌ها در جوامع انسانی است و بیش از ۵۰ درصد مردم دنیا میزبان این باکتری هستند (۱). متاتالیز مطالعات کوهورت نشان داده که مبتلایان به این عفونت ۲/۲۶ برابر بیشتر در معرض ابتلا به سرطان معده هستند (۲). سازمان جهانی بهداشت نیز هلیکوباکتر پیلوری را جزء کارسینوژن‌ها طبقه‌بندی می‌کند و از لحاظ همه‌گیرشناسی آن را با آدنوکارسینوم معده در ارتباط می‌داند (۳). در کشورهای در حال توسعه که شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان مربوط به سرطان معده می‌باشد، انتقال هلیکوباکتر پیلوری از لحاظ بهداشت عمومی اهمیت دارد و شاخص‌های بهداشتی ضعیف از عوامل خطر قوی برای ابتلا می‌باشد (۳ و ۴). در کشور ما آلودگی با این میکروب در ۸۵ درصد جمعیت گزارش شده است (۵) و بیان شده که تمام افراد کلونیزه شده با هلیکوباکتر پیلوری دچار التهاب معده هستند ولی اغلب افراد علائم بالینی ندارند (۴).

\* نویسنده مسئول: معصومه علی دوستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، چهارمحال و بختیاری، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۲۸۰۸۲۶۰ Email: m\_alidosti@hlth.mui.ac.ir

از آنان بود و به هر یک از افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان داده شد. نمونه‌ها در دو مرکز مورد و شاهد از نظر شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و عدم ابتلا بستگان به سرطان معده همسان‌سازی گروهی شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه به ۳۲ نفر در هر گروه نیاز بود که به علت احتمال ریزش نمونه‌ها در هر مرکز با حدود ۵۸ نفر تماس گرفته شده که ۴۸ نفر در مرکز آزمون و ۴۹ نفر در مرکز شاهد برای شرکت در مطالعه داوطلب شدند، در ادامه افرادی به دلایل گوناگون حاضر به ادامه همکاری نشدند و در هر گروه ۴۲ نفر تا آخر مطالعه همکاری کردند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که از طریق مطالعه کتب علمی، مقالات متعدد و مطالب منتشر شده از طرف مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، طراحی شد و در ۲ مرحله قبل از آموزش و دو ماه بعد از آموزش توسط افراد گروه مورد و شاهد تکمیل گردید. این پرسش‌نامه چند قسمتی و شامل ۵ سؤال مربوط به اطلاعات دموگرافیک، ۱۱ سؤال مربوط به سنجش آگاهی، ۲۲ سؤال سازه الگوی اعتقاد بهداشتی حساسیت درک شده (۷ سؤال)، شدت درک شده (۵ سؤال)، منافع درک شده (۲ سؤال)، موانع درک شده (۴ سؤال)، خود کارآمدی درک شده (۴ سؤال) و ۵ سؤال جهت سنجش عملکرد بود. برای نمره‌دهی در سؤالات آگاهی، پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ‌های غلط یا نمی‌دانم نمره صفر را به خود اختصاص داد، برای سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی که در مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بودند نمره‌گذاری از ۰ تا ۴ و برای سؤالات عملکرد که به صورت خود گزارش‌دهی و ۴ گزینه‌ای (خیر، گاهی اوقات، اکثر اوقات، همیشه) بود، نمره‌دهی از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شد. در نهایت نمرات تمام قسمت‌ها (آگاهی، سازه‌های الگو، عملکرد) به درصد تبدیل و کم‌ترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۰۰ در نظر گرفته شد. جهت تعیین روایی علمی ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه توسط ۷ نفر از اساتید صاحب نظر بررسی و نظرات آنان اعمال گردید و برای تعیین روایی صوری، پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از زنان خانه‌دار منفک از نمونه‌های مورد مطالعه، قرار داده شد و از نظر قابل فهم و واضح بودن، مطالب تک تک سؤالات بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار، پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر از اعضاء جامعه مورد پژوهش که در مراحل مطالعه شرکت نداشتند تکمیل شد و با استفاده از روش همسانی درونی، آلفا کرونباخ هر قسمت به این شرح به دست آمد: برای سؤالات آگاهی  $a=0.8$ ، سؤالات حساسیت درک شده  $a=0.81$ ، شدت درک شده  $a=0.85$ ، منافع درک شده  $a=0.75$ ، موانع درک شده  $a=0.78$ ، خود کارآمدی درک شده  $a=0.8$  و عملکرد  $a=0.77$ .

پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط دو گروه، برنامه آموزشی بر اساس نتایج حاصل از پیش‌آزمون و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با هدف مشخص، محتوای علمی معتبر و مواد آموزشی متناسب طراحی گردید. مداخله آموزشی برای گروه آزمون توسط پژوهشگر به صورت مستقیم و با استفاده از روش سخنرانی، روش‌های مشارکتی و فعال‌سازی توأم با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و بارش افکار صورت گرفت. ابتدا افراد گروه مورد به دو گروه مساوی تقسیم شدند و برنامه آموزشی

رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح هستند و در این راستا نقش آموزش بهداشت کلیدی است (۸). افزایش اثربخشی آموزش بهداشت بستگی به استفاده مناسب از نظریه‌ها و الگوها دارد (۹). الگوی اعتقاد بهداشتی که به عنوان چهارچوب اصلی در این پژوهش به کار رفته از قدیمی‌ترین نظریه‌های رفتار بهداشتی می‌باشد که تقریباً نیم قرن همراه با موفقیت‌های بزرگی در موضوعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰). این الگو بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار بوده که رفتار پیشگیری‌کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است.

این اعتقادات شامل: آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد، تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری می‌باشند (۱۱). با استفاده از این الگو مداخلات آموزشی در مورد برخی بیماری‌ها انجام شده است، برای نمونه می‌توان به مطالعه معتمدی و همکاران در زمینه‌ی پیشگیری از ابتلا به لیشمانیوز جلدی (۱۲)، مطالعه رحمتی و همکاران در زمینه پیشگیری از ایدز (۱۰)، مطالعه‌ی معطری و همکاران در مورد دانش و عملکرد افراد در زمینه ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال (۱۳) و مطالعه کلیر در مورد سرطان پروستات اشاره کرد. با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی، فرد به سمتی هدایت می‌شود که آسیب‌پذیری خود را نسبت به بیماری درک نماید و رفتارهای کاهش دهنده خطر را به کار گیرد (۱). با به‌کارگیری این الگو، برای اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از عفونت هلیکوباکتر، افراد نخست در برابر مسأله احساس خطر کرده (سازه حساسیت درک شده) سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را درک می‌کنند (سازه شدت درک شده)، مفید بودن رفتارهای بهداشتی را باور کرده (سازه منافع درک شده) هم‌چنین عوامل باز دارنده‌ی اقدام به رفتار را قابل تغییر دانسته (سازه موانع درک شده) و باور می‌کنند که توانایی انجام رفتارهای بهداشتی را دارند (سازه خود کارآمدی درک شده) و در صدد رعایت آن خواهند بود؛ لذا این پژوهش با هدف «تعیین تأثیر برنامه آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از عفونت هلیکوباکتر در زنان خانه‌دار شهر اصفهان» انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه مداخله‌ای تجربی که در سال ۸۹-۸۸ انجام شد، جامعه آماری زنان خانه‌دار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان بودند، روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان تهیه و به طور تصادفی ۲ مرکز یکی به عنوان مورد و دیگری به عنوان شاهد انتخاب شد. معیارهای ورود: زنان ۱۸ تا ۶۰ سال، خانه‌دار، تحت پوشش مرکز، دارای سواد و دارای شماره تلفن مشخص به منظور پیگیری، همچنین معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه و تغییر مرکز تحت پوشش بودند. با تماس تلفنی از افراد به منظور شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. شرکت افراد در پژوهش منوط به کسب رضایت

با هم تفاوت معنی‌داری نداشت. حدود ۵۷ درصد افراد در گروه مورد و ۵۵ درصد در گروه شاهد دارای تحصیلات متوسطه بودند و سطح تحصیلات گروه مورد و شاهد با هم تفاوت معنی‌داری نداشت. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، سازه‌های الگو (حساسیت، شدت، موانع، منافع و خود کارآمدی درک شده) و عملکرد افراد، قبل و بعد از آموزش در دو گروه در جدول ارائه شده است و نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد وجود ندارد اما این تفاوت در گروه مورد معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0.001$ ) و همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات آگاهی، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی درک شده) و عملکرد دو گروه قبل از آموزش، تفاوت معناداری با هم ندارد اما این تفاوت دو ماه بعد از آموزش معنی‌دار شد ( $P < 0.001$ ).

### بحث

مطالعه حاضر در نوع خود، اولین مطالعه در مورد عفونت هلیکوباکتری پیلوری است و از آنجا که در بررسی منابع به مطالعه مشابهی دست نیافتیم بنابراین در این جا به مطالعات انجام شده با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری از سایر بیماری‌ها اشاره می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد سطح آگاهی هر دو گروه قبل از انجام مداخله پایین بود. دلیل کمبود آگاهی‌های عمومی در این خصوص را می‌توان با نبودن تبلیغات از سوی رسانه‌های گروهی، عدم برگزاری جلسات مربوطه از طرف مسئولین بهداشتی و اهمیت ندادن به مسائل پیشگیری و تمرکز بر روی درمان مرتبط دانست. اما بعد از آموزش، میانگین نمره آگاهی گروه آزمون افزایشی معنی‌داری یافت. این یافته‌ها مشابه نتایج سایر تحقیقات انجام شده از جمله مطالعه معتمدی (۱۲)، خورسندی (۱۴)، شمسی (۱۵) و گامیگ (۱۶) می‌باشد. در این مطالعات هم اکثریت واحدهای مورد پژوهش قبل از آموزش از میزان آگاهی پایین و یا متوسطی برخوردار بودند اما بعد از آموزش میزان آگاهی افزایش یافته و اکثریت افراد آموزش دیده از آگاهی بالایی برخوردار شدند، اما در مطالعه رحمتی نجارکلائی (۱۰) نتایج متفاوت بود و ۶۶ درصد دانشجویان، در مورد راه‌های انتقال و روش‌های پیشگیری از بیماری ایدز از آگاهی بالا و ۳۳ درصد از آگاهی متوسط و پایین برخوردار بودند. این مطلب می‌تواند به علت کنجکاوی بیشتر جوانان و نشان دهنده اطلاع‌رسانی مناسب رسانه‌های جمعی در زمینه بیماری ایدز باشد.

در زمینه حساسیت درک شده، یافته‌ها حاکی از آن بود که قبل از مداخله آموزشی اکثریت افراد خود را در معرض خطر ابتلا به عفونت هلیکوباکتر نمی‌دانستند و عدم رعایت نکات بهداشتی (عدم شستشوی دست‌ها پس از استفاده از سرویس‌های بهداشتی و قبل از صرف غذا، مصرف میوه و سبزیجات خوب شسته نشده، مصرف غذاهای مانده که در نگهداری آن نکات صحیح رعایت نشده) را به عنوان عامل خطر احساس نمی‌کردند، این مسئله دقت و حساسیت در رفتار افراد را تحت تأثیر قرار داده و نشان می‌دهد که اگر فرد نسبت به مسئله‌ای حساس بوده و معتقد باشد که عدم رعایت یک سری مسائل می‌تواند او را مبتلا به بیماری کند، با انگیزه بیشتری رفتار بهداشتی را رعایت

(۴ جلسه آموزشی ۴۰ تا ۵۰ دقیقه‌ای ساعات ۹-۱۰ و ۱۱-۱۰ صبح) برای هر گروه با هماهنگی مسئول مرکز در سالن جلسات رابطین اجرا شد، در جلسه اول در ابتدا به علت اطلاعات کم اکثریت افراد از روش سخنرانی استفاده شد و مطالبی در مورد عفونت هلیکوباکتر، علائم و عوارض آن، علل ایجاد کننده، عوامل مؤثر در کاهش خطر ابتلا به آن بیان گردید. سپس با توجه به تئوری آموزشی بزرگسالان که بحث و تبادل نظر آزادانه را از مزایای آموزش می‌داند، افراد گروه بحث و تبادل نظر داشتند. در جلسه دوم با توجه به سازه‌های حساسیت و شدت درک شده در الگوی اعتقاد بهداشتی در مورد روش نگهداری مواد غذایی پخته، شستشوی سبزیجات و تأثیر شستشوی دست‌ها پس از استفاده از سرویس‌های بهداشتی و قبل از صرف غذا، عدم استفاده از غذای مانده و قاشق و لیوان مشترک در سفره، نکاتی به صورت پرسش و پاسخ و با نمایش اسلاید بیان شد. در جلسه سوم افراد در مورد منافع و مزایای رعایت نکات بهداشتی پیشگیری کننده از ابتلا به عفونت هلیکوباکتر که شامل: بهبود عملکرد دستگاه گوارش، ایجاد اعتماد به نفس بیشتر در مورد حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دیگر بود، بحث گروهی داشتند. هم‌چنین با روش بارش افکار جهت فعال کردن فراگیران در امر آموزش، تمام عواملی که از سوی افراد مورد پژوهش به عنوان مانعی در رعایت نکات بهداشتی مطرح بود بررسی و راهکارهایی بیان شد برای مثال، مانع نبودن ماده شوینده برای شستن دست‌ها در مسافرت را با به همراه داشتن صابون شخصی کوچک می‌توانستند از میان بردارند. در جلسه آخر افراد در مورد این که نکات بهداشتی پیشگیری کننده از عفونت هلیکوباکتر را می‌دانند و می‌توانند دیگران را نیز آگاه کنند و در هر شرایطی این رفتارها را رعایت کنند، به تبادل نظر پرداختند و به این ترتیب جلسه بر افزایش خود کارآمدی افراد متمرکز شد هم‌چنین در این جلسه به طور عملی روش صحیح شستشوی میوه و سبزیجات آموزش داده شد و به نظر می‌رسید تأثیر به سزایی در جهت بهبود عملکرد مادران داشت. با ارائه پمفلت آموزشی محقق ساخته به تمامی افراد گروه آزمون، آموزش به صورت غیر مستقیم هم انجام شد، ۲ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی همان پرسش‌نامه مجدداً توسط دو گروه تکمیل شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی قبل از مداخله و ۲ ماه بعد از آن در هر گروه از آزمون تی زوج، جهت مقایسه میانگین نمرات بین ۲ گروه در یک زمان از آزمون تی مستقل، برای مقایسه سطح تحصیلات زنان در دو گروه از آزمون من-ویتنی و برای مقایسه میانگین سن افراد مورد بررسی در دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد و میزان ( $P < 0.05$ ) از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد. در ضمن جهت رعایت حقوق افراد گروه شاهد، بعد از این که مطالعه به طور کامل پایان یافت، یک جلسه آموزشی یک ساعته هم برای این گروه برگزار شد و پمفلت‌های آموزشی در اختیار این گروه قرار گرفت.

### نتایج

در این مطالعه میانگین سنی افراد مورد بررسی در گروه مورد  $34/11 \pm 6/23$ ، در گروه شاهد  $34/21 \pm 6/5$  بود و میانگین سن دو گروه

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی گروه مورد با شاهد و در هر گروه، قبل و بعد از آموزش

متغیر	زمان آزمون	شاهد انحراف معیار ± میانگین	مورد انحراف معیار ± میانگین	سطح معناداری آزمون t مستقل
آگاهی	قبل از آموزش	۲۸/۳۵ ± ۱۴/۹۱	۲۷/۷۰ ± ۱۶/۳۰	p = ۰/۸۴
	بعد از آموزش	۲۹/۲۲ ± ۱۴/۶۹	۸۷/۴۴ ± ۱۰/۲۹	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۳۷	p < ۰/۰۰۱	
حساسیت درک شده	قبل از آموزش	۳۴/۹۴ ± ۱۱/۲۲	۳۵/۳۷ ± ۸/۸۴	p = ۰/۸۴
	بعد از آموزش	۳۶/۲۲ ± ۱۰/۱۴	۷۴/۸۲ ± ۱۰/۴۳	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۰۶	p < ۰/۰۰۱	
شدت درک شده	قبل از آموزش	۶۷/۲۶ ± ۱۲/۶۴	۶۶/۹۰ ± ۱۰/۰۵	p = ۰/۸۸
	بعد از آموزش	۶۷/۵۰ ± ۹/۸۳	۸۸/۹۲ ± ۵/۸۹	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۸۲	p < ۰/۰۰۱	
منافع درک شده	قبل از آموزش	۵۸/۰۳ ± ۱۳/۱۸	۵۸/۶۳ ± ۱۷/۱۲	p = ۰/۸۵
	بعد از آموزش	۵۶/۸۴ ± ۱۳	۷۷/۰۸ ± ۱۴/۳۲	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۵۷	p < ۰/۰۰۱	
موانع درک شده	قبل از آموزش	۶۵/۹۲ ± ۱۰/۷۹	۶۶/۰۲ ± ۱۰/۶۷	p = ۰/۶۹
	بعد از آموزش	۶۶/۳۶ ± ۸/۹۴	۳۱/۵۴ ± ۱۰/۵۰	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۸۴	p < ۰/۰۰۱	
خود کارآمدی درک شده	قبل از آموزش	۳۶/۶۰ ± ۸/۱۱	۳۵/۷۱ ± ۶/۶۶	p = ۰/۵۸
	بعد از آموزش	۳۶/۹۰ ± ۸/۷۰	۶۹/۷۹ ± ۹/۹۴	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۳۲	p < ۰/۰۰۱	
عملکرد	قبل از آموزش	۴۲/۵۳ ± ۱۴/۴۹	۴۲/۸۵ ± ۱۵/۳۸	p = ۰/۱۶
	بعد از آموزش	۴۲/۸۵ ± ۱۴/۲۸	۸۲/۰۶ ± ۱۱/۱۶	p < ۰/۰۰۱
سطح معناداری آزمون t زوج		p = ۰/۹۲	p < ۰/۰۰۱	

شرفی راد (۲۲) جزء شدت درک شده پس از آموزش در گروه مورد افزایش معنی دار یافت و با مطالعه حاضر مطابقت دارد. اما نتایج مطالعه پارک (۲۳) با مطالعه حاضر متفاوت بوده و نشان می‌دهد که بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد از نظر شدت درک شده تفاوت معنی داری وجود ندارد، چون قبل از مداخله نیز نمره‌ی شدت درک شده‌ی هر دو گروه بالا بود. در مطالعه ایریاما (۲۴) نیز درک گروه‌های مورد پژوهش از خطرناک بودن بیماری در حد بالایی بوده و میانگین نمره‌ی شدت درک شده قبل از آموزش هم خوب بوده است. همان‌طور که در مطالعه ما نیز میانگین نمره‌ی شدت درک شده در هر دو گروه قبل از مداخله در حد بالایی بود، این مطلب می‌تواند به این دلیل باشد که شاید ابتلا به این عفونت در نزدیکی و طولانی بودن روند درمان آن و افزایش آگاهی افراد خانواده از ارتباط این عفونت با سرطان معده سبب بالا بودن میانگین نمره شدت درک شده گردیده است. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌ی موانع درک شده گروه مورد و شاهد بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد، به طوری که این میزان در گروه مورد کاهش یافته بود و زنان خانه‌دار با آگاهی

می‌کند. این یافته‌ها مشابه یافته‌های مطالعه هزاوه‌ای (۱۷)، شمسی (۱۵)، مهری و محقق نژاد (۱۸) و فرید (۱۹) می‌باشد، اما نتایج مطالعه هانوینکر و آشاور (۲۰) عدم تفاوت در میانگین نمره حساسیت درک شده در رفتارهای پیشگیری کننده از استعمال دخانیات را نشان داد همچنین در مطالعه رحمتی نجار کلائی (۱۰) از ابتدا و قبل از مداخله آموزشی حساسیت درک شده افراد مورد بررسی بالا بود که در هر دو مورد در معرض آموزش و تبلیغات رسانه‌ای بودن، می‌تواند تا حدودی این نتایج را توجیه کند.

میانگین نمره شدت درک شده قبل از مداخله در دو گروه وضعیت مشابهی داشت و واحدهای مورد پژوهش نگرش خوبی در مورد وخیم بودن و مشکل بودن درمان این عفونت داشتند، این جزء پس از آموزش در گروه مورد افزایش معنی دار یافت. بدین معنی که افراد گروه مورد به خطرات عدم رعایت نکات بهداشتی پی برده و بیشتر درک کردند که در صورت عدم رعایت در معرض خطر جدی می‌باشند. در مطالعه مظلومی و تنکابانی (۲۱) نشان داده شد که بین شدت درک شده و رعایت رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی داری وجود دارد. در مطالعه



معنادار داشته است و توجه بیشتری در مورد رعایت اصول صحیح شستشوی میوه و سبزیجات، روش صحیح نگهداری غذا و توجه به شستشوی دست‌ها قبل از آماده‌سازی و صرف غذا در این گروه بعد از آموزش دیده شد. این نتایج مشابه تحقیقات دیگران (۱۵، ۲۳، ۳۲-۳۰ و ۳۴) در زمینه عملکرد می‌باشد. می‌توان گفت که احتمالاً علت عملکرد نامناسب زنان قبل از مداخله آموزشی، پایین بودن سطح آگاهی آنان، عدم اطلاع از ضرورت انجام رفتار بهداشتی بوده است و آموزش بهداشت سبب افزایش آگاهی، ایجاد گرایش مثبت در مورد رفتار و در نهایت تثبیت الگوی رفتاری مناسب شده است. از آنجا که فقط زنان باسواد وارد مطالعه شده‌اند نتایج را به کلیه زنان جامعه (گروه بی‌سواد) نمی‌توان تعمیم داد و این می‌تواند از نقاط ضعف مطالعه باشد. نقطه قوت مطالعه حاضر این است که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده بود و این مطالعه می‌تواند راه را برای سایر مطالعات در این زمینه هموار کند؛ لذا توصیه می‌شود مطالعات دیگری در زمینه پیشگیری از انتقال عفونت هلیکوباکتر با استفاده از الگوهای آموزش بهداشت در سایر اقشار جامعه انجام شود.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی با ارتقای سطح آگاهی و تأثیر بر حساسیت، شدت، موانع، منافع و خود کارآمدی درک شده، سبب افزایش عملکرد زنان خانه‌دار در زمینه رعایت نکات بهداشتی شده است؛ لذا کاربرد الگوهای آموزش بهداشت در حیطه فعالیت‌های مراقبین بهداشت و مدیران مراکز خدمات بهداشتی درمانی و مؤسسات آموزشی برای ارتقاء وضعیت سلامت جامعه پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزشی مناسب در سطح جامعه تدوین نمایند.

### تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که منابع مالی طرح به شماره ۳۸۸۴۲۰ را تأمین کردند و زنان خانه‌داری که در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند و هم‌چنین از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد که در تهیه این مقاله ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### References

1. Das JC, Paul N. Epidemiology and pathophysiology of Helicobacter pylori infection in children. *Indian J Pediatr.* 2007;74(3): 287-290.
2. Yaghoubi M, Byjarchy R. Meta-analysis and review Effect of family history stomach cancer in disease. *J Jahad University.* 2008;12(4):235-237. [Article in Persian]
3. Androly Th, Carpenter Ch, Grygz R, Bnjmyn A. Sicily principles of internal medicine. In: Arjmand M, Hosseini M, Khalvat A translators. 7th ed. Tehran: Arjomand; 2008.P.592,829.
4. Harrison, Randolph Tensly. Principles of internal medicine:

از روش صحیح شستشوی سبزیجات و نگهداری مواد غذایی مانع عدم آگاهی را حس نمی‌کردند، هم‌چنین با به همراه داشتن صابون شخصی کوچک در مسافرت‌ها، مانع نبودن ماده شوینده برای شستن دست‌ها را می‌توانستند از میان بردارند. در مطالعه پارک (۲۳) و هال (۲۵) میانگین نمره‌ی موانع درک شده پس از آموزش در گروه مورد کاهش یافته بود و مشابه پژوهش حاضر بود. اما در مطالعه شریفی راد (۲۲) اختلاف میانگین نمره موانع درک شده پس از مداخله معنی‌دار نبود احتمالاً به این دلیل می‌باشد که از نظر افراد مورد بررسی، از ابتدا هم موانع زیادی در پیشگیری از استعمال دخانیات وجود نداشته است.

بین میانگین نمره‌ی منافع درک شده گروه مورد و شاهد بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری به وجود آمد، به طوری که افراد گروه مورد به درک بیشتری از مزایای رعایت نکات بهداشتی رسیدند، از جمله کاهش بسیاری از بیماری‌های گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال...) و ایجاد اعتماد به نفس بیشتر در مورد حفظ سلامت خود. باید توجه داشت که درک شخص از منافع، مسیر اقدام را هموارتر می‌سازد و رابطه‌ای قوی بین منافع درک شده و اتخاذ رفتار پیشگیری کننده گزارش شده است (۱۱). هم‌چنین در مطالعات مختلف نشان داده شده که با آموزش، میانگین نمره‌ی منافع درک شده افزایش یافته است (۲۲، ۲۶ و ۲۷) اختلاف میانگین نمره‌ی خود کارآمدی درک شده دو گروه قبل از مداخله معنی‌دار نیست و نشان دهنده‌ی این مطلب است که قبل از مداخله درک زنان هر دو گروه در مورد توانایی رعایت رفتارهای بهداشتی مرتبط با سرطان معده در وضعیت تقریباً یکسانی می‌باشد. بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره‌ی خود کارآمدی درک شده گروه مداخله افزایش معناداری یافت و این گروه خود را قادر به رعایت نکات بهداشتی و روش‌های صحیح نگهداری غذا و شستشوی صحیح سبزیجات در اکثر مواقع می‌دانستند، هم‌چنین احساس می‌کردند که می‌توانند دیگران را در مورد نکات بهداشتی مرتبط با سرطان معده آگاه کنند. در مطالعه پارک (۲۳) نیز بعد از مداخله آموزشی میزان خود کارآمدی در گروه مورد افزایش یافته بود. در مطالعاتی گزارش شده که خود کارآمدی درک شده یکی از متغیرهای کلیدی انجام رفتارهای ایمن می‌باشد (۲۸). در مطالعه مظلومی (۲۹)، مهری و محقق نژاد (۱۸) همبستگی معنی‌داری بین خود کارآمدی با رفتارهای پیشگیری کننده مشاهده شد. در مطالعه کریچ بوم (۲۹) نیز خود کارآمدی تأثیر مثبتی در رفتارهای بهداشتی بیماران دیابتی داشته است. در زمینه عملکرد، بعد از آموزش نمره عملکرد گروه مداخله افزایش

- Infectious diseases (bacterial). Khataie Q, Aelaie M M Translators. 1st ed. Tehran: Arjomand; 2005.P.522-524.
5. Akbari M.ES, Abachizadeh K, Tabatabayi SM, GHanbarimotlagh A, Majd jabari Z, Khayamzadeh M, et al. Cancer in Iran report, cancer research center. 1st ed. Qom: Darolfekr; 2008.P.23;221. [Article in Persian]
6. Tohidi F, Gorbani M. Effect of personal health education in prevention of intestinal parasite infection in Gorgan students. *J Knowledge & Health shahrod Med Sci Uni.* 2009;4(2):14-17. [Article in Persian]

7. Rahimian GH, Joseph H, Nasiri J, Ganji F. Prevalence of Helicobacter pylori infection in years six children and the factors influencing. J shahrekord Med Sci Uni. 2008;10(3):49-54. [Article in Persian]
8. Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F. The effect of health education program on the knowledge and practice seliors towards HIV/AIDS in Chabاهر. Zahhedan Journal Of University Of Medical Sciences Health Services. 2006;8(1):29-33. [Article in Persian]
9. Lynch L, Happell B. Implementation of clinical supervision in action: part 2: Implementation and beyond. J Ment Health Nurs. 2008;17:65-72.
10. Rahmati Njarklayy F, Niknam Sh, Amin shokravi F, Ahmadi F, Jafari M, Rahnema P. Application of health belief model in the field of AIDS prevention programs for students. J payesh. 2009;8(4):349-359. [Article in Persian]
11. Mohammadi N, Rafieefar Sh. Health education and applied concepts. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Mehr Ravash; 2005. [Article in Persian]
12. Motamedi N, Hejazi SH, Hazavei SMM, Zamani AR, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on health belief model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. J Military Medicine. 2010;11(4):23-38.
13. Moattari M, Rouzitalb M, Saber Firoozi M, Zare N, Gholamzadeh S. The effect of educational intervention on the knowledge and participation of administrative health personnel in colorectal cancer screening program at Shiraz University of Medical Sciences Shiraz 2003. J shahid Beheshti Med Sci Uni. 2009;33(1):47-54. [Article in Persian]
14. Kleier, Jo Ann. Using health belief model to reveal the perceptions of Jamaican and Haitian men regarding prostate cancer. J of multicultural nursing & health. 2004;15(21):351-362.
15. Khorsandi M, Shamsi M, Jahani F. The effect of education based on health belief model on the improvement of osteoporosis preventive behaviors in pregnant mothers of Arak city. J of Shahed University. 2010;18(89):1-10. [Article in Persian]
16. 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. J Arak Med Sci Uni. 2009;12(3):44-53. [Article in Persian]
17. Gammage KL, Francoeur C, Mack DE, Klentrou P. Osteoporosis health belief and knowledge in college students: The role of dietary restraint. Eating Behaviors. 2008;10:65-67.
18. Hazavehei SMM, Shadzi Sh, Asgari T, Porabdian S, HassanZadeh A. The effect of safety education based on health belief model (HBM) on the workers practice of Borujen industrial town in using the personal protection respiratory equipments. J of work health Iran. 2008;5(1,2):21-30. [Article in Persian]
19. Mehri A, Mohaghegh nejad MR. Utilizing the health belief model to predict preventive behaviors for heart diseases in the students of Islamic Azad University of Sabzevar (2010). J of health college yazd. 2010;9(2):21-33. [Article in Persian]
20. Farid R, Choudhry AJ. Knowledge about AIDS/HIV infection among female college students. J College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2003;13(13):135-137.
21. Hanewinkel R, Asshauer M. Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. Health Education Research (Oxford University Press) 2004;19(2).
22. Mazlomi S, Rohani M. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM). J Birjand Med Sci Uni. 2008;15(3):40-48. [Article in Persian]
23. Sharifi-rad GhR, Hazavei MM, Hasan- zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. J Arak Med Sci Uni. 2007;10(1):1-8. [Article in Persian]
24. Somi P, Soon BC, Chae WC. Effect of a cognition emotion focused program to increase public participation in papanicolaour smear screening. Public health nursing. 2005;22(4):289-298.
25. Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wake S. Aids health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. Journal of the Royal Institute of Public Health. 2007;1:64-72.
26. Hall CP, Hall JD, Pfriemer JT, Wimberley PD, Jones CH. Effects of a culturally sensitive education program on the breast cancer knowledge and beliefs of Hispanic women. Oncol Nurs Forum. 2007;34(6):1195-1202.
27. Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A R. The effect of health education based on health belief model on preventive actions AIDS on addict in Zarandieh. J Guilan Med Sci Uni. 2009;18(70):64-73. [Article in Persian]
28. Avci IA, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teacher's knowledge, belief and behaviors regarding breast cancer screening. Eur J Oncol Nurs. 2009;13(2):94-101.
29. Christopher Lance Coleman. Health beliefs and high risk sexual behaviors among HIV-Infected African American men. Appl Nurs Res. 2007;20(3):110-115.
30. Mazlomi S, Mirzayi A, Afkhami M, Baghiyani-moghadam M H, Falahzade H. The role of health beliefs in preventive behaviors in people with type 2 diabetes at risk. J Shaheed Sadoughi Med Sci Uni. 2010;18(1):24-31. [Article in Persian]
31. Krichbaum K, Aarestadt V, Buethe M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. Diabetes Educ. 2003;29(4):653-662.
32. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Educ Health (Abingdon). 2007;20(1):23-27.
33. Mazloomi SS, Zare M, Feisal M, Maleki F, Servat F, Ahmadi MH. Effects of health education on knowledge, attitude and practice of female teachers in Yazd intermediate schools on breast cancer. J Birjand Med Sci Uni. 2006;13(1):12-19. [Article in Persian]
34. Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. Health Educ Res. 2009;24(2):318-329.



Original Article

## Impact of Education Based on Health Belief Model in Isfahanese Housewives in Preventing H. Pylori Infection

Alidosti M\*, Delaram M, Reisi Z

Nursing and Midwifery College, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Chahar Mahaal and Bakhtiari, Iran.

### Abstract

**Background & Objective:** The educational programs and informing people related to the prevention of diseases is necessary. Due to the prevalence of Helicobacter pylori (H. Pylori) infection and its association with gastric cancer, this study was carried out to determine the effect of educational interference based on Health Belief Model on health behaviors related to H. Pylori prevention among house wives.

**Materials & Methods:** In this semi-experimental study, 84 housewives of almost similar demographic characteristics were randomly categorized into two groups (case and control). Before starting any educational program, the questionnaires were completed by these two groups. The case group received the considered interference (4 educational sessions). The participants in both groups completed the questionnaires 2 months after the intervention. Data was analyzed using SPSS18 by independent-t, paired T test and Mann Whitney statistical tests.

**Results:** After the intervention of educational programs a significant difference ( $P < 0.001$ ) between the two groups with regards to attitude, knowledge, distances health belief model and practice was shown.

**Conclusion:** Education based on health belief model, increase the knowledge and improve the attitude and practice of housewives about Health Behaviors Prevention of Helicobacter infection.

**Keywords:** Health Behaviors, Helicobacter pylori, Health Belief Model, Education and Housewives.

\* **Corresponding author:** Alidosti Masoome, Nursing and Midwifery College, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Chahar Mahaal and Bakhtiari, Iran.

Tel: +98 913 2808260

Email: m\_alidosti@hlth.mui.ac.ir