تاثیر آموزش مراقبت در منزل به والدین، طبق مدل اعتقاد بهداشتی بر عود عفونت ادراری کودکان

زهرا موسوی[1*]، میثم امینی[2]، زیبا محمدی[3]، مهدی بیرجندی[4]، کبری رشیدی[5]

۱) گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲) گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳) گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران

۴) مرکز تحقیقات بهداشت تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۵) گروه پرستاری داخلی–جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بروجرد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۵ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۷**

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت انجام مداخلات آموزشی در جهت افزایش رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری کودکان، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مراقبت در منزل به والدین، طبق مدل اعتقاد بهداشتی بر عود عفونت ادراری کودکان، انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه نیمه تجربی با طرح قبل و بعد، ۱۲۰ کودک مبتلا به عفونت ادراری که از تاریخ ۱۳۹۶/۷/۱ تا ۱۳۹۶/۱۰/۱ در بخش اطفال بیمارستان امام خمینی(ره) بروجرد بستری شدند، همراه با والدینشان با روش نمونه گیری آسان انتخاب و با استفاده از روش بلوک های تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون اختصاص یافتند. والدین افراد گروه آزمون مداخله آموزشی طبق مدل اعتقاد بهداشتی را دریافت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش نامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی توزیع گردید. هم چنین آزمایش کشت ادرار جهت تعیین عود عفونت انجام گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و نیز آزمون تحلیل چند متغیری، t مستقل، t زوجی، آزمون مقایسه دو نسبت و کای دو تجزیه و تحلیل گردید.

یافته های پژوهش: آموزش سبب کاهش عود مجدد عفونت ادراری کودکان گردید($P<0.001$). هم چنین میانگین نمرات کسب شده در کل ابعاد الگو پس از آموزش در دو گروه افزایش یافت($P<0.001$). در حالی که تفاوت میانگین نمرات پس از آموزش در دو گروه، تنها در حیطه های تهدید درک شده(در گروه آزمون 1.21 ± 3.84 و در گروه کنترل(3.03±1.07)($P=0.039$)، منافع درک شده(در گروه آزمون 3.14±18.78 و در گروه کنترل 2.8±20.1)($P=0.019$)، رفتار(در گروه آزمون 3.77±30.81 و در گروه کنترل3.47±30.16)($P<0.001$) و خودکارآمدی(در گروه آزمون 3.49±29.53 و در گروه کنترل 3.07±25.2) ($P<0.001$) معنادار بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی آموزش مراقبت در منزل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و تاثیر آن برکاهش عود مجدد عفونت ادراری کودکان، بهتر است که حین ترخیص کودکان مبتلا به عفونت ادراری از بیمارستان، آموزش های لازم به والدین در زمینه اصول مراقبت در منزل انجام گردد.

واژه های کلیدی: مراقبت در منزل، والدین، مدل اعتقاد بهداشتی، عفونت ادراری، کودکان

* نویسنده مسئول: گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

Email: Zahramosavi786@yahoo.com

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

مقدمه

عفونت ادراری از شایع ترین بیماری های عفونی و مهم ترین علت مراجعه کودکان به درمانگاه ها و عامل۲۰ درصد مشاوره های پزشکی کودکان می باشد(۱). علایم عفونت ادراری در کودکان برخلاف بالغین، واضح و مشخص نیست و حتی تظاهرات بالینی با سن تغییر می کند. گاهی نیز فقط تظاهرات غیراختصاصی مانند کاهش وزن، نارسایی رشد، بی اشتهایی، یرقان و تب با منشا ناشناخته بروز می کند(۲). در عفونت ادراری دو نوع عود عفونت اتفاق می افتد. ممکن است عود با تکرار عفونت با همان سوش های باکتری قبلی، و یا با باکتری های جدید رخ دهد. عود مجدد عفونت ادراری معمولاً ۲ هفته تا ماه ها پس از خاتمه درمان دیده می شود، و شانس عود مجدد عفونت ادراری علامت دار در کودکان کمتر از ۵ سال ۱۲ درصد و در شیرخواران زیر ۶ ماه ۶ تا ۱۸ درصد است. احتمال تکرار عفونت ادراری در طی یک سال آینده در بیمار با یک بار عفونت ادراری حدود ۲۵ درصد، با دو بار سابقه عفونت ادراری حدود ۵۰ درصد و با سه بار عفونت ادراری حدود ۸۰ درصد خواهد بود(۳).

آموزش بهداشت فردی اولین و اساسی ترین جز از اجزای PHC (Primary health care) می باشد و همه دست اندرکاران امور بهداشتی به اهمیت، ضرورت و کارایی آن در جهت ایجاد آگاهی رفتار بهداشتی اعتقاد دارند(۴). آموزش بهداشت در ایجاد رفتار صحیح بهداشتی اهمیت بسیار دارد و زمانی آموزش کامل خواهد شدکه منتهی به رفتار صحیح بهداشتی شود(۵). اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری ها و الگوهای مورد استفاده در آن بستگی دارد. چهارچوب 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 یا فرزند 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 خودکارآمدی(اعتقاد راسخ فرد به توانایی خود جهت انجام موفقیت آمیز یک رفتار)(۶).

امروزه، مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری کودکان در قرن ۲۱ مطرح می باشد و هدف از آن حفظ تمامیت و یکپارچگی خانواده کودک بیمار و ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر کودک می باشد(۷). منزل جایگاه بسیاری از مراقبت ها، به خصوص مراقبت‌های بهداشتی است و هدف آن ارتقای سطح سلامتی و رساندن فرد بیمار به وضعیتی مطلوب و پیشگیری از عوارض بیماری ها می باشد. در این راستا ارتقای آگاهی مادر در ارتباط با شیوه صحیح مراقبت، تا حدود زیادی بر سلامتی کودک تاثیرگذار می باشد(۸). از جمله موارد مراقبتی در منزل که جهت پیشگیری از عود مجدد عفونت ادراری در کودکان باید به والدین آموزش داده شود این است که هر نشانه ای از انگل روده ای(زخم و تحریک بین ران ها و اطراف مقعد) باید تحت بررسی و درمان مناسب قرار گیرد. رعایت بهداشت ناحیه پرینه، شستشو از جلو به عقب، اجتناب از پوشیدن شورت یا بستن دیاپر تنگ، اجتناب از نگهداری ادرار، تشویق کودک جهت دفع مکرر ادرار، تشویق به مصرف مایعات، افزایش فیبر مواد غذایی و مایعات، مصرف نرم کننده های مدفوع، تشویق به فعالیت بدنی نیز باید آموزش داده شود(۹).

بوتز و همکاران در سال ۲۰۰۵ در مطالعه خود با عنوان بررسی تاثیر آموزش مراقبت در منزل به والدین کودکان مبتلا به آسم بر پیشگیری از علائم آسم به این نتیجه رسیدند که آموزش والدین سبب افزایش توانایی آن ها در تشخیص به موقع علائم آسم و به کار بردن روش های مناسب جهت پیشگیری و درمان علائم آسم می گردد(۱۰). عوارض زودرس این بیماری شامل سپتی سمی، باکتریمی و عوارض دیررس آن شامل هیپرتانسیون، نارسایی مزمن کلیه و ریفلاکس

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

نفروپاتی می باشد. تشخیص سریع و درمان به موقع از اهمیت بالایی برخوردار می باشد. هیپرتانسیون از عوارض درازمدت ناشی از پیلونفریت می باشد. اسکار ناشی از پیلونفریت شایع ترین بیماری پارانشیمی یک طرفه کلیه بوده و یکی از علل شایع هیپرتانسیون در اطفال و نوجوانان می باشد(۳).

از یک طرف با توجه به این که در پرستاری، هدف آن است که مددجو با داشتن نیرو و آگاهی های لازم بتواند بدون کمک، فعالیت های مراقبتی مربوط به خود را انجام داده و به استقلال برسد(۱۱) و از طرف دیگر با توجه به نقش برجسته رفتار در پیشگیری از عود این عفونت و نیز اهمیت انجام مداخلات مختلف از جمله مداخلات آموزشی در جهت افزایش رفتارهای پیشگیری کننده و در نهایت با توجه به این که مطالعه ای در زمینه پیشگیری از عود مجدد این بیماری انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مراقبت در منزل به والدین، طبق مدل اعتقاد بهداشتی، بر عود عفونت ادراری کودکان انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی با طرح قبل و بعد بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان با سن ۱ ماه تا ۱۲ ساله که به دلیل ابتلا به عفونت ادراری توسط پزشکان متخصص اطفال از تاریخ ۱۳۹۶/۷/۱ تا ۱۳۹۶/۱۰/۱ در بخش اطفال بیمارستان امام خمینی(ره) بروجرد بستری شدند به همراه والدین آنان بود. تعداد ۱۲۰ نمونه(۶۰ نفر در هر گروه) با روش نمونه گیری به صورت آسان و در دسترس انتخاب و با استفاده از روش بلوک های تصادفی ۴ تایی به گروه های آزمون و کنترل اختصاص یافتند.

با در نظر گرفتن $d=0.24, P_2=0.35, P_1=0.11,$ $\beta=0.2, \alpha=0.05$ و با استفاده از فرمول زیر

$$n=\frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}}-z_{1-\beta})^2\times(p_1q_1+p_2q_2)}{d^2}$$

تعداد ۵۶ نمونه در هر گروه مورد نیاز می باشد که به دلیل ریزش احتمالی، ۶۰ نمونه در هر گروه و در کل ۱۲۰ نمونه انتخاب می شود.

دو گروه از نظر جنس همسان شده، هم چنین هر دو گروه درمان معمول را دریافت کردند. والدین نیز از نظر تحصیلات و سن همسان سازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل وجود کشت ادراری مثبت، تایید عفونت ادراری کودک توسط پزشک متخصص کودکان، داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین، نداشتن بیماری زمینه ای، زندگی مادر و کودک با هم، رضایت شرکت در مطالعه و سن بین ۱ ماه تا ۱۲ سال کودک بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل واحدهای پژوهش برای شرکت در مطالعه و عدم مراجعه مجدد به بخش اطفال جهت پیگیری عفونت بود. بعد از کسب مقدمات پژوهش و اخذ مجوز شروع کار از رئیس بیمارستان و نیز پس از اخذ رضایت نامه از والدین افراد نمونه و دادن اطمینان از این که اطلاعات محرمانه بوده و کلیه پرسش نامه ها فاقد نام و نام خانوادگی هستند، نمونه گیری آغاز شده و پس از انتخاب تصادفی افراد نمونه از والدین آن ها، با استفاده از پرسش نامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، پیش آزمون به عمل آمد.

سپس در گروه آزمون آموزش های مراقبت در منزل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی(نکاتی جهت افزایش درک احساس خطر ناشی از بیماری و شدت آن، منافع حاصل از انجام رفتارهای پیشگیرانه، موانع انجام رفتارهای پیشگیرانه و احساس خودکارآمدی در انجام رفتارهای پیشگیرانه) و اصول پیشگیری شامل(عادات بهداشتی جهت پیشگیری از جمله: رعایت بهداشت ناحیه پرینه، شستشو از جلو به عقب، اجتناب از پوشیدن لباس زیر تنگ یا بستن دیاپر تنگ، اجتناب از نگهداری ادرار، تشویق کودک جهت دفع مکرر ادرار، تشویق به مصرف مایعات، افزایش فیبر مواد غذایی و مایعات، مصرف نرم کننده های مدفوع، تشویق به فعالیت بدنی) به صورت فردی و چهره به چهره در طی یک جلسه دو ساعته به روش سخنرانی و هم چنین با ارائه پمفلت آموزشی داده شد. هدف از آموزش این بود که مادران برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عود عفونت ادراری، احساس خطر کنند(حساسیت درک شده)، سپس شدت این خطر و جدی بودن عوارض را در همه ابعاد درک نمایند(شدت درک شده). از سود حاصل از اجرای رفتارهای پیشگیرانه آگاه شوند(منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از انجام رفتارهای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

پیشگیرانه را نیز از فواید آن کم هزینه تر بدانند(موانع درک شده) و به توانایی خود برای انجام رفتارهای پیشگیرانه باور داشته باشد(خود کارآمدی). سپس، با اخذ شماره تماس به مدت یک ماه پس از ترخیص، مراقبت های ارائه شده در منزل پیگیری و به سوالات آنان پاسخ داده شد. پس از گذشت یک ماه از انجام مداخله، توزیع پرسش نامه مرحله پس آزمون و نمونه گیری UA-UC جهت اندازه گیری عود عفونت ادراری انجام شد. رشد باکتری در محیط کشت، بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ CFU در هر میلی لیتر مکعب ادرار، عفونت ادراری را تایید می کرد(۹). پس از انجام پس آزمون، پمفلت آموزشی بین اعضای گروه کنترل نیز توزیع گردید. جنس کودک متغیر مخدوش گر در این مطالعه و متغیرهای زمینه ای شامل سن کودک، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده، سطح تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اشتغال پدر و مادر، محل سکونت و سن مادر بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسش نامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که توسط باقیانی مقدم و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی گردید. این پرسش نامه شامل بخش هایی می باشد از جمله: سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک(۱۳ سوال)، آگاهی(۲۱ سوال جمعاً با ۴۶ گزینه) و امتیازات ۴۶-۰، حساسیت درک شده(۴ سوال) با نمره ۲۰-۴، شدت درک شده(۶ سوال) با نمره ۳۰-۶، تهدید درک شده(۱ سوال) با نمره ۵-۱، موانع درک شده ۱۰ سوال) با نمره ۵۰-۱۰، منافع درک شده (۶ سوال) با نمره ۳۰-۶ و خودکارآمدی(۸ سوال) با نمره ۴۰-۸ و راهنمای عمل(۷ سوال) با نمره ۷-۰ و رفتار(۱۰ سوال) با نمره ۵۰-۱۰ می باشد که به پاسخ های صحیح مربوط به سوالات آگاهی ۱ نمره و به پاسخ های غلط و نمی دانم نمره صفر اختصاص داده شد و به پاسخ صحیح به سوالات مربوط به سازه راهنمای عمل نمره ۱ و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت و برای سوالات سازه های دیگر الگوی اعتقاد بهداشتی نمره ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. برای تعیین اعتماد پرسش نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که این مقدار برای سوالات حساسیت درک شده(α=0.650)، شدت درک شده(α=0.799)، فواید درک شده(α=0.780)، موانع درک شده(α=0.860)، راهنمای عمل(α=0.661)، رفتار(α=0.740) و خودکارآمدی(α=0.692) محاسبه گردید(۱۲). روایی پرسش نامه نیز توسط ۱۰ نفر از متخصصان، از جمله ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در حیطه مورد مطالعه صاحب نظر بودند و نیز دو متخصص اطفال، به صورت روایی محتوا به دست آمد. متغیرهای مربوط به اطلاعات دموگرافیک در این مطالعه شامل سن و میزان تحصیلات مادر، سن و میزان تحصیلات پدر، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال مادر، میزان درآمد خانواده، سن و جنس کودک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده، محل نگهداری کودک، سابقه ابتلا به عفونت ادراری، مدت درمان و مشاهده کودک مبتلا به عفونت ادراری بودند. منظور از مشاهده کودک مبتلا به عفونت ادراری، یعنی این که از نزدیک در جریان درمان و مراقبت کودک مبتلا به عفونت ادراری بوده است. پس از جمع آوری داده ها و وارد کردن آن ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و پس از محاسبه نسبت ها و شاخص ها مرکزی و پراکندگی مناسب جهت تحلیل داده ها از آزمون تحلیل چند متغیری، t مستقل، t زوجی، آزمون مقایسه دو نسبت و کای دو، استفاده شد.

یافته های پژوهش

جدول شماره ۱ وضعیت دموگرافیک دو گروه مورد مطالعه را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود، دو گروه از نظر جنس، شغل پدر و مادر، ابتلا به بیماری، محل زندگی، محل سکونت، مشاهده کودک مبتلا و رتبه تولد فرزند همگن می باشند. هم چنین دو گروه از نظر میانگین سن کودک و سن پدر، همگن بوده و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. اما دو گروه از نظر سطح تحصیلات پدر و مادر همگن نمی باشند($P<0.05$). هم چنین بین میانگین سن مادر دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0.05$). در گروه آزمون اکثر والدین جهت کسب اطلاعات در رابطه با عفونت ادراری، از کتاب استفاده می کردند و در گروه کنترل نیز اکثر والدین از روزنامه و مجله و کتاب استفاده می کردند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

کمترین منبع اطلاعاتی نیز در دو گروه آزمـــون و کنـــــترل متخصص اطفال می باشد.

جدول شماره ۱. وضعیت دموگرافیک گروه های مورد مطالعه

متغیرها / گروه		آزمون تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	P
جنس کودکان	مذکر	۲۰(۳۳/۳)	۱۳(۲۱/۷)	۰/۲۲
	مؤنث	۴۰(۶۶/۷)	۴۷(۷۸/۳)	
سطح تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۱(۱۸/۶)	۴(۶/۷)	۰/۰۰۷
	راهنمایی	۸(۱۳/۶)	۹(۱۵)	
	دیپلم	۱۶(۲۷/۱)	۵(۸/۳)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۲۳(۳۹)	۳۹(۶۵)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۲(۱/۷)	۳(۵)	
شغل مادر	کارمند	۱۵(۲۵)	۱۴(۲۳/۳)	۰/۲۴۶
	آزاد	۱(۱/۷)	۵(۸/۳)	
	خانه دار	۴۴(۷۳/۳)	۴۱(۶۸/۳)	
شغل پدر	کارمند و کارگر	۱۴(۲۳/۳)	۲۳(۳۸/۳)	۰/۲۵۱
	آزاد	۳۹(۶۵)	۳۱(۵۱/۷)	
	بازنشسته	۱(۱/۷)	۰(۰)	
	بیکار	۶(۱۰)	۶(۱۰)	
سطح تحصیلات پدر	ابتدایی	۴(۶/۶)	۲۱(۳۵)	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۲۱(۳۵)	۹(۱۵)	
	دیپلم	۱۹(۳۱/۷)	۱۴(۲۳/۳)	
	فوق دیپلم ولیسانس	۱۱(۱۸/۴)	۱۲(۲۰)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۵(۸/۳)	۴(۶/۷)	
سابقه ابتلا به عفونت ادراری در کودک	دارد	۱۲(۲۰)	۱۸(۳۰)	۰/۲۹۲
	ندارد	۴۸(۸۰)	۴۲(۷۰)	
محل زندگی	خانه	۴۸(۸۰)	۴۷(۷۸/۳)	
	مهد	۹(۱۵)	۸(۱۳/۳)	۰/۷۵
	منزل اقوام	۳(۵)	۵(۸/۳)	
محل سکونت	شهر	۴۷(۷۸/۳)	۵۲(۸۶/۷)	۰/۳۳۷
	روستا	۱۳(۲۱/۷)	۸(۱۳/۳)	
مشاهده کودک مبتلا به عفونت ادراری توسط مادر	بله	۲۶(۴۳/۳)	۱۸(۳۰)	۰/۱۸۵
	خیر	۳۴(۵۶/۷)	۴۲(۷۰)	
رتبه تولد فرزند	اول	۳۴(۵۶/۷)	۲۳(۳۸/۳)	۰/۰۶۷
	دوم و بالاتر	۲۶(۴۳/۳))	۳۷(۶۱/۷)	

متغیر / گروه	آزمون انحراف معیار±میانگین	کنترل انحراف معیار±میانگین	P
سن کودک (ماه)	۳۸/۰۵± ۲۴/۵۱	۴۰/۹۵±۲۰/۵۱	۰/۴۸۴
سن مادر	۲۷/۹۸±/۳۳	۲۹/۳۸±۲/۹۵	۰/۰۴۱
سن پدر	۳۲/۸±۵/۳۶	۳۴/۰۶±۳ /۶۲	۰/۱۳۳

طبق جدول شماره ۲، میانگین نمرات کسب شده در کل ابعاد الگو پس از آموزش در دو گروه افزایش یافت($P<0.001$). در حالی که تفاوت میانگین نمرات پس از آموزش در دو گروه، تنها در حیطه های تهدید درک شده، منافع درک شده، رفتار و خودکارآمدی معنادار بود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

جدول شماره . مقایسه میانگین کلی و میانگین نمرات کسب شده در ابعاد مختلف پرسش نامه الگوی اعتقاد بهداشتی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

ابعاد	زمان گروه	قبل از مداخله انحراف معیار±میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار±میانگین	فاضل میانگین بعد از قبل انحراف معیار±میانگین	P گروهی	P بین گروهی
آگاهی	آزمون	۲۰/۸۶±۵/۶۹	۲۹/۲۵±۴/۹۸	۸/۳۸±۴/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	کنترل	۲۲/۹۸±۴/۹۳	۳۰/۷±۴/۴۲	۷/۷۱±۳/۹۳	<۰/۰۰۱	
حساسیت درک شده	آزمون	۱۱/۱۸±۲/۳۳	۱۴/۹۵±۲/۱۳	۳/۷۶±۲/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۸
	کنترل	۱۱/۰۸±۲/۱۷	۱۳/۹۵±۲/۵	۲/۸۶±۳/۳	<۰/۰۰۱	
شدت درک شده	آزمون	۱۳/۵۶±۳/۸۷	۱۹/۶۸±۳/۶	۶/۱۱±۳/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۵
	کنترل	۱۵/۱۶±۲/۷۵	۲۰/۳۶±۲/۳۵	۵/۲±۲/۷۶	<۰/۰۰۱	
تهدید درک شده	آزمون	۲/۰۸±۰/۹۹	۳/۸۴±۱/۲۱	۱/۴±۱/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹
	کنترل	۲/۰۶±۱	۳/۰۳±۱/۰۷	۰/۹۶±۰/۹۹	<۰/۰۰۱	
منافع درک شده	آزمون	۱۱/۴۵±۳/۷۴	۱۸/۷۸±۰/۱۴	۷/۳۳±۲/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۹
	کنترل	۱۴/۱±۳/۵۱	۲۰/۱±۲/۸	۶±۲/۲۳	<۰/۰۰۱	
موانع درک شده	آزمون	۳۲/۸۵±۸/۱۱	۴۰/۱۵±۴/۰۲	۷/۳±۵/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	کنترل	۲۹/۸۳±۵/۷۹	۳۶/۸۳±۳/۹۵	۷±۳/۴۶	<۰/۰۰۱	
راهنمای عمل	آزمون	۳/۴±۱/۹۱	۵/۰۶±۱/۱۹	۱/۶۶±۱/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۴
	کنترل	۴/۰۱±۱/۴۲	۵/۲۸±۱/۱	۱/۲۶±۱/۳۶	<۰/۰۰۱	
رفتار	آزمون	۱۷/۹۶±۴/۷۴	۳/۸۱±۳/۷۷	۱۲/۸۵±۴/۵۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۷۳±۴/۱۹	۳۰/۱۶±۳/۴۷	۹/۴۳±۳/۳۷	<۰/۰۰۱	
خودکارآمدی	آزمون	۱۳/۱۱±۳/۵۱	۲۹/۵۳±۳/۴۹	۱۶/۴۱±۴/۱۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۱۵±۲/۷۱	۲۵/۲±۳/۰۷	۱۰/۰۵±۳/۳۳	<۰/۰۰۱	
کل	آزمون	۱۲۶/۴۸±۱۴/۵۵	۱۹۱/۸۷±۹/۵۳	۶۵/۳۶±۱۱/۰۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳۵/۱۳±۹/۱۴	۱۸۵/۶±۸/۱۶	۵۰/۴۶±۸/۸	<۰/۰۰۱	

با توجه به نتایج جدول شماره ۳ بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از انجام مداخله از نظر عود مجدد عفونت ادراری تفاوت معنادار آماری وجود دارد (P<0.001). که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی کاهش عود عفونت ادراری می باشد.

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی میزان عود عفونت ادراری در دو گروه آزمون و کنترل بعد از انجام مداخله

گروه	عود عفونت ادراری		P
	دارد	ندارد	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
آزمون	۱(۱/۷)	۵۹(۹۸/۳)	
کنترل	۱۵(۲۵)	۴۵(۷۵)	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه که با هدف بررسی تاثیر آموزش و پیگیری مراقبت در منزل با توجه به مدل اعتقاد بهداشتی به والدین، بر پیشگیری از عود مجدد عفونت ادراری کودکان ۱ ماه تا ۱۲ ساله در شهر بروجرد در سال ۱۳۹۶ انجام شد، نشان داد که آموزش مراقبت در منزل با توجه به مدل اعتقاد بهداشتی به والدین، بر پیشگیری از عود مجدد عفونت ادراری کودکان موثر بوده است. نتایج مطالعه اردبیلی و همکاران در سال ۱۳۹۳ نیز بیانگر تاثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی کنترل فشارخون در بیماران مبتلا به فشارخون می باشد(۱۳). به طور مشابه حاجی میری و همکاران در مطالعه ای در سال ۱۳۸۹ نشان دادند که آموزش سلامت دهان و دندان در مادران بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر کاهش پلاک دندانی کودکان ۳ تا ۶ ساله موثر می باشد(۱۴). علت تشـــابه نتایج را می توان به کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در تمامی مطالعات ذکرشده مربوط دانست. زیرا استفاده از الگو جهت آموزش منجر به تاثیرگذاری بیشتر آن می گردد.

در مطالعه حاضر تفاوت بین میانگین نمره آگاهی و رفتار بهداشتی قبل و بعد از مداخله آموزشی معنی دار

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

می باشد، به طوری که در هر دو گروه میانگین نمره آگاهی و رفتار به طور معنی دار افزایش داشته است. ولی تغییرات میانگین نمره رفتار گروه مورد، به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل می باشد. به طور مشابه با مطالعه حاضر در مطالعه اردبیلی و همکاران(۱۳) نیز در هر دو گروه مورد و کنترل، نمرات آگاهی و رفتار افزایش داشته است. ولی تغییرات میانگین نمره رفتار گروه مورد، به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود. شریفی راد و همکاران(۱۵)، در زمینه آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲ و کریمی و همکاران در زمینه ایدز(۱۶)، به نتایج مشابه دست یافتند. علت تشابه نتایج را می توان به تاثیر زیاد استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی تغییر رفتار که هدف نهایی آموزش بهداشت و سلامت می باشد مربوط دانست.

در مطالعه حاضر افزایش نمره میانگین موانع درک شده، حاکی از آن است که افراد بعد از مداخله، از موانعی که باعث خودداری آن ها از انجام رفتار پیشگیرانه می شود، آگاهی بیشتری یافته و سعی در برطرف نمودن آن ها کرده اند. مطالعات متعددی نشان داده اند که موانع درک شده، توانمندترین بعد در بیان و پیش بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی می باشد(۱۷،۱۸). هم چنین در مطالعه حاضر دو گروه پس از آموزش از نظر میانگین موانع درک شده اختلاف معنادار آماری نداشتند. در حالی که به طور متضاد در مطالعه انجام شده توسط نیازی و همکاران(۱۹) و نیز عبادی فر و همکاران(۲۰) دو گروه اختلاف معنادار آماری از نظر میانگین موانع درک شده داشتند. علت این تفاوت نتایج را می توان به تفاوت مدت زمان و تعداد جلسات آموزش در مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده مربوط دانست. هم چنین در مطالعه حاضر آموزش با بحث و تبادل نظر همراه نبوده که این امر نیز می تواند در تفاوت نتایج موثر باشد. میانگین نمره منافع درک شده نیز پس از آموزش افزایش یافت. برخی از مطالعات انجام شده توسط سلطانیان و دواتی نیز نشان دهنده این باورند که منافع درک شده مسیر را جهت انجام رفتارهای بهداشتی هموار می کند(۲۱،۲۲).

در مطالعه حاضر میانگین نمره حساسیت درک شده پس از آموزش در هر دو گروه افزایش یافت. ولی دو گروه از نظر افزایش میانگین نمره حساسیت درک شده تفاوت معنادار آماری نداشتند. در حالی که در مطالعه نیازی و همکاران در سال ۱۳۹۲ افزایش میانگین نمرات حساسیت درک شده در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بیشتر بود(۱۹). همانند موانع درک شده علت آن را می توان به تفاوت تعداد جلسات آموزشی و مدت زمان آن ها مربوط دانست. از دیگر علل تفاوت ها می توان به تفاوت مخاطبان در مطالعات اشاره کرد. زیرا در مطالعه حاضر، مادران مخاطب بودند که برخی از آن ها دارای سطح سواد پایین بودند که می توان گفت به تبع آن سطح یادگیری مواد آموزشی نیز کاهش یافت، در حالی که در مطالعه نیازی و همکاران دانش آموزان دبیرستانی مخاطب بودند. اگر فرد نسبت به یک مساله بهداشتی حساس شود و معتقد باشد که بدون داشتن علایم بیماری می تواند مبتلا به بیماری باشد، این حساسیت سبب پیشگیری از رفتارهای نادرست و ابتلا به آن بیماری می شود(۲۳).

در مطالعه حاضر میانگین شدت و تهدید درک شده پس از آموزش، در هر دو گروه افزایش یافت، که این افزایش می تواند به علت شرکت والدین کودکان مبتلا در مباحث آموزشی در خصوص عفونت ادراری باشد. آگاهی از جدی بودن عفونت ادراری، عوارض ناشی از بیماری و هزینه های درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقای سطح شدت درک شده در این باره می باشد. و هم چنین در مطالعه حاضر میزان افزایش نمره حساسیت بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. در مطالعه انجام شده توسط غفاری(۲۴) و همکاران در سال ۱۳۸۹ در زمینه آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه ای پیشگیری کننده از پوکی استخوان در دانش آموزان نشان داد که میزان شدت درک شده گروه آزمون قبل و بعد از آموزش تفاوت معناداری داشته، اما در گروه شاهد این تفاوت معنادار نبوده است و میزان افزایش نمره حساسیت پس از آموزش بین دو گروه تفاوت معناداری از لحاظ آماری داشتند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

در بعد خودکارآمدی نیز مطالعه حاضر نشان دهنده افزایش نمرات در این بعد می باشد که مشابه با نتایج مطالعه سانگ(۲۵) در سال ۲۰۰۳ می باشد. خودکارآمدی، یک پل ارتباطی بین آگاهی، عملکرد و اعتقاد به توانایی خود برای انجام عملکرد می باشد. اینکه فرد تنها علل انجام رفتار را بداند و بداند که چه کاری را باید انجام دهد کافی نمی باشد، بلکه باید فرد خود را برای انجام عملکرد، توانا در نظر داشته باشد.

در پژوهش حاضر میانگین نمره رفتار والدین جهت پیشگیری از عود عفونت ادراری کودکان پس از آموزش افزایش یافت. که ترشیزی و همکاران(۲۶) در سال ۲۰۰۹ نیز در مطالعه خود به نتایج مشابه دست یافتند و در مطالعه آن ها فعالیت جسمانی واحدهای مورد مطالعه پس از آموزش افزایش یافت. علت این تشابه را می توان به کاربردن الگوی اعتقاد بهداشتی در هر دو مطالعه دانست، که در نهایت منجر به تغییر رفتار می گردد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی باعث ارتقای سطح نمرات تهدید و منافع درک شده و نیز خودکارامدی و رفتار گردیده است، در حالی که در مطالعه چتری پور و همکاران(۲۷) در سال ۲۰۱۶ نمرات افراد تنها در بعد منافع درک شده افزایش یافت. که علت این تفاوت را می توان به حساسیت بیشتر مادران به بیماری فرزندشان و عوارض آن و در نتیجه توجه بیشتر به مواد آموزشی مربوط دانست.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات کسب شده در کل ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی پس از آموزش در گروه آزمون و کنترل افزایش یافت، در حالی که تفاوت میانگین نمرات پس از آموزش در دو گروه آزمون و کنترل، تنها در حیطه های تهدید درک شده، منافع درک شده، رفتار و خودکارآمدی از لحاظ آماری معنادار بود. در حالی که در مطالعه انجام شده توسط تقدیسی و همکاران(۲۳) در سال ۲۰۱۲ بین میانگین نمرات گروه آزمون و کنترل پس از آموزش در همه ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی تفاوت معنادار از لحاظ آماری وجود داشت. که علت آن را می توان به حساسیت بیشتر مادران باردار به یادگیری منافع، عوارض و... بیماری عفونت ادراری در دوران بارداری نسبت داد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر، آموزش مراقبت در منزل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی به والدین کودکان مبتلا به عفونت ادراری، سبب کاهش عود مجدد عفونت ادراری کودکان می گردد. بنا بر این بهتر است که حین ترخیص کودکان مبتلا به عفونت ادراری از بیمارستان، آموزش های لازم به والدین در زمینه اصول مراقبت در منزل کودکان جهت پیشگیری از عود با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام گردد. هم چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد سلامتی در ارتقاء رفتارهای مراقبت در منزل مرتبط با پیشگیری از عود مجدد عفونت ادراری والدین کودکان مبتلا به عفونت ادراری، موثر بوده است و از آن جا که متغیرهای مربوط به اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی، به دنبال اجرای مداخله در گروه مداخله به طور معناداری ارتقاء یافته است، می توان گفت مداخله اجرا شده با الگوی باور بهداشتی تناسب داشته است. بنا بر این با توجه به اهمیت نقش آموزش بهداشت در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از عود مجدد عفونت ادراری کودکان و هم چنین پیشگیری از ابتلا به عوارض ناشی از عفونت ادراری کودکان و اهمیت رعایت رفتارهای مراقبت در منزل مرتبط با پیشگیری از عفونت ادراری کودکان، توسط والدین و نیز با توجه به استفاده بیشتر والدین از کتاب، روزنامه و مجله جهت کسب اطلاعات در زمینه عفونت ادراری کودکان، ضرورت آموزش در ابعاد وسیع تر و با ابزار های مختلف در جامعه، به خصوص کتاب، روزنامه و مجله، بیش از پیش احساس می گردد و باید از اولویت های بهداشتی در جامعه محسوب شود. هم چنین پیشنهاد می شود که مطالعاتی با الگوهای دیگر تغییر رفتار، بر روی والدین کودکان مبتلا به عفونت ادراری انجام گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان با کد تصویب A-10-1799-2 در تاریخ ۱۳۹۶/۴/۱۰ می باشد. محققین بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی لرستان، رئیس بیمارستان امام خمینی(ره) شهر بروجرد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

و کلیه والدین کودکان مبـــتلا به عـــفونت ادراری که در انجام این تحقـــیق همـــکاری نمودند، کمـــال تشکر را ابراز می نمایند.

References

1.Nickavar A, Sotoudeh K. [Treatment and prophylaxis in pediatric urinary tract infection]. Int J Preve Med 2011;2:4-9 (Persian)

2.Anis R, Jahanzeb M, Siddiqui T, Idris M. Frequency and clinical presentation of UTI among children of hazara division Pakistan. J Ayub Med Colle 2008;20:63-5.

3.Yousefi P, Cyrus A, Moghaddasi Z, Dorreh F, Aravand A. The frequency of recurrence of urinary tract infection in 1 month to 12 year old children without congenital abnormalities referred to Arak Amirkabir hospital]. ZUMSJ 2011;19:66-76. (Persian)

4.Hamid F, Islam MR, Paul N, Nusrat N, Parveen R. Urinary tract infection in children a review. Delta Med ColleJ 2013;1:51-7.

5.Alper BS, Curry SH. Urinary tract infection in children. Am Fam Phys 2005;72:2483-8.

6.Hashemiparast M, Shojaizade D, Dehdari T, Gohari MR. [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]. Razi J Med Sci2013;20:22-8. (Persian)

7.Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family centered care current applications and future directions in pediatric health care. Mate Chil Health J 2012;16:297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7

8.Gofin J, Foz G. Training and application of community oriented primary care through family medicine in Catalonia Spain]. Fam Med 2008;40:196-202.

9.Hockenbery, Marilyne. Wongs nursing care of infants and childrens. Shoghi Mahnaz Tehran Jameenegar Publication. 10th ed. 2015;P.713.

10.Butz AM, Syron L, Johnson B, Spaulding J, Walker M, Bollinger ME. Home based asthma self management education for inner city children. Publ Health Nurs 2005;22:189-99.

11.Reinhard SC GB, Petlick NH, Bemis A. Patient safety and quality an evidence based handbook for nurses. Rockville Publication. 2th ed.2008; P. 214.

12.Baghiani MM, Shojaeazadeh D, Mohamadloo A, Fallahzadeh H, Ranjbary M. [Evaluation of preventive behaviors of UTI based on health belief model in mothers with girls younger than 6 years old]. Toloo Behdasht 2013;12: 78-88. (Persian)

13.Eftekharardebili H, Moradi H, Mahmoudi M.[Effect of educational intervention based on the Health Belief Model in blood pressure control in hypertensive women]. J Mazandaran Uni Med Sci 2014;24:62-71. (Persian)

14.Hajimiri K, Sharifirad G, Hasanzade A. [The effect of oral health education based on health belief model in mothers who had 3-6 year old children on decreasing dental plaque index in Zanjan]. ZUMSJ2010;18:77-86. (Persian)

15.Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakhat L. [Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes the health belief model]. Iran J Diabete Lip Dis2009;7:379-86.(Persian)

16.Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A. [The effect of health education based on health belief model on prevents action of AIDS on addict in Zaradieh]. Gilan Uni Med Sci J 2008;18:64-73. (Persian)

17.Mohammadi N, Rafee S. Health education health team guidance. 4th ed. Tehran Min Health Med Edu Publication. 2004; P.1-100.

18.Shamsi M, Tajik R, Mohammad BA. [Effect of education based on health belief model on self medication in mothers referring to health centers of Arak]. 2009; 12:55-66.(Persian)

19.Niazi S, Ghafari M, Noori A, Khodadoost M. [Impacts of a health belief model based education program about osteoporosis prevention on junior high school students' physical activity Kalaleh Iran 2012]. J Stud Res ComGolestan Uni Med Sci 2014; 1: 1- 9. (Persian)

20.Azar F, Solhi M, Zohoor A, Hosseini MA. [The effect of health belief model on promoting preventive behaviors of

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

osteoporosis among rural women of Malayer]. JQUMS2012;16:59-64.
(Persian)
21.Bagianimoghadam MH, Mazloomi S, Ehrampoosh MH.[Evaluation HBM model on KAP of HB in the barbers Yazd. JYUMS 201214:23-9. (Persian)
22.Davati A, Moradi M. HBM model and preventive of cancer skin. Proce 3th National Con Health Edu prom Hamedan Iran 2008; P. 88.
23.Taghdisi MH, Nejadsadeghi E. [The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women]. Health Res J 2012;2:44-54.(Persian)
24.Ghaffari M, Tavassoli E, Esmaillzadeh A, Hasanzadeh A. [The effect of education based on health belief model on the improvement of osteoporosis preventive nutritional behaviors of second grade middle school girls in Isfahan]. Health Res J2010, 6: 714-23. (Persian)
25.Song KJ. [The effects of self efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self efficacy health behavior and quality of life]. J Korean Acad Nurs2003;33:510-18. doi. 10.4040/jkan.2003.33.4.510
26.Tarshizi L, Anousheh M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Hoshyarrad A. [The impact of education based on health belief model on the use of preventive factors of osteoporosis in postmenopausal women]. J Nurs Midwifer Iran Uni Med Sci 2009;22:71-82. (Persian)
27.Shojaeizadeh D, Sayehmiri K, Asfeia A, Kia F. [the impact of teacher education on promoting knowledge, attitude and performance of students in prevention of cardiovascular diseases application of the HBM model]. Razi J Medical Sci 2016;23:26-35. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]

The Effect of Home Care Education to Parents based on Health Belief Model on Recurrent Urinary Tract Infection of Children

Mosavi Z[1], Amini M[2], Mohammadi Z[3], Birjandi M[4], Rashidi K[5]*

(Received: February 14, 2018 Accepted: June 17, 2018)

Abstract

Introduction: Regarding to the importance of educational interventions to increase the preventive behaviors of urinary tract infection in children, this study was conducted aimed to investigate the effect of home care education to parents according to the HBM, on recurrence of urinary tract infection in children.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study with a pre and post design, 120 children with UTI who were hospitalized in the pediatric department of Imam Khomeini Hospital in Boroujerd from 23/9/2017 to 23/12/2017 with their parents were selected by simple sampling method and assigned to control and case groups by random block method. The parents of the experimental group received the educational intervention.The data collection tool was questionnaire designed based on health belief model than distributed before and one month after educational intervention. Urin culture was also performed to determine the recurrence. Data were analyzed by SPSS 21 software, multivariate analysis, independent T-test, paired T-test, Chi-square and two-ratio comparison tests.

Findings: education reduced the recurrence of UTI in children) P<0.001). Also, the mean scores of the whole dimensions of the model increased after training in the two groups (P<0.001). While the difference in mean scores after training in the two groups was significant only in the dimensions of perceived threat (in the case group 3.84±1.21, in the control group 3.03±1.07) (P=0.039), benefits (in the case group 18.78±3.14, in the control group 20.1±2.8) (P=0.019), behavior (in the case group 30.81±3.77, in the control group 30.16±3.47)(P<0.001), and self-efficacy (in the case group 29.53±3.49, in the control group 25.2±3.07)(P<0.001).

Discussion & Conclusions: According to the effectiveness of home-based caring education based on the HBM to parents of children with UTI,on reducing the recurrence of UTI in children, it is better to before of children discharge with urinary tract infection from the hospital, Providing parenting education about the principles of child care, in order to prevent recurrence of UTI.

Keywords: Home Care, Parents, Health belief model, Urinary tract infection, Children

1. Dept of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
2. Dept of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Dept of Nursing, Asadabad Faculty of medical sciences, Asadabad, Iran
4. Nutritional Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences,Khorramabad, Iran
5. Dept of Internal Surjical Nursing, Faculty of Nursing , Lorestan University of Medical Sciences, Boroojerd, Iran
**Corresponding authorEmail: zahramosavi786@ yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.1.56]