مقاله اصیل پژوهشی

ارزیابی آگاهی، نگرش و رفتار زنان باردار درباره عفونت‌های ادراری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (سال ۸۹-۱۳۸۸)

محمدحسین تقدیسی[۱]، الهام نژادصادقی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: عفونت‌های دستگاه ادراری از رایج‌ترین مشکلات طبّی در زنان می‌باشد و به علت تغییراتی که در حاملگی در بدن ایجاد می‌شود، زنان باردار معمولاً برای ابتلابه عفونت‌های ادراری مستعدتر هستند و به علت عوارض بالقوه‌ای که بر مادر و جنین دارد، بسیار بااهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، ادراکات و رفتار زنان باردار درباره عفونت‌های ادراری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، تعداد ۱۱۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان بهبهان مورد تحقیق قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته چند قسمتی شامل اطلاعات فردی، آگاهی، ادراکات و رفتار بود و روایی و پایایی آن قبل از مطالعه بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های پیرسون، تی مستقل و ANOVA در سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنّی افراد مورد مطالعه ۴/۶۸±۲۵ سال بود. آگاهی ۳۰/۹٪ از نمونه‌ها خوب، نمره موانع درک‌شده در ۴۶/۴٪ خوب، نمره منافع درک‌شده در ۹۴/۵٪ خوب، حساسیت درک‌شده در ۹۰/۹٪ خوب، شدّت درک‌شده در ۸۴/۵٪ خوب و رفتار در ۳۵/۵٪ خوب ارزیابی شد. بین افراد شاغل و خانه‌دار از نظر آگاهی، اختلاف معنی‌داری وجود داشت. آگاهی با درآمد ارتباطی نداشت. بین نمره آگاهی با نمرا ت موانع، منافع، حساسیت درک‌شده و رفتار، همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق، میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بیشتر زنان باردار مورد مطالعه در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در حدّ متوسط است؛ در این خصوص برگزاری کلاس‌های آموزشی با هدف ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری به روش سخنرانی و بحث گروهی، ارائه کتب و جزوه‌های آموزشی و بهینه‌سازی برنامه‌های آموزشی رادیو و تلویزیون با کمک افراد متخصص پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: عفونت‌های مجرای ادرار، عفونت در ادرار، آبستنی، رفتار بهداشتی، آموزش بهداشت، آگاهی، نگرش، رفتار

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۸ (۳). : ۱۴۳-۱۵۱

دریافت: ۱۳۹۰/۰۷/۱۳ اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۰۹/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۵

[۱] دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

[۲] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

آدرس: بهبهان- خیابان قائم-کوچه مشتهی- پلاک ۵

تلفن: ۰۶۷۱۳۳۱۶۰۶۱ نمابر:۰۶۷۱۲۲۳۱۹۱۰ پست الکترونیکی: sadeghiel1358@yahoo.com

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

یکی از اعضای بدن که به طرق مختلف مورد تهاجم عامل عفونت‌زا قرار می‌گیرد، دستگاه ادراری است. عفونت‌های ادراری را می‌توان سندرمی نظیر سایر سندرم‌ها دانست که عوامل عدیده‌ای در آن دخیل می‌باشند (۱). شیوع عفونت ادراری در زنان یک شاخص مهمّ بهداشتی جامعه محسوب می‌شود (۲)؛ همچنین عفونت‌های دستگاه ادراری، دومین عارضه طبّی شایع در حاملگی بعد از کم‌خونی می‌باشد که اگر درست کنترل نشود، می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر نتیجه حاملگی داشته باشد (۳).

نکته قابل توجهی که زنان از آن رنج می‌برند، ابتلا به عفونت ادراری راجعه است؛ بر اساس نتایج تحقیقات انجام‌شده، ۲۰ تا ۳۰٪ زنان به دنبال ابتلا به عفونت ادراری اولیه به تعداد دو بار یا بیشتر دچار عفونت ادراری راجعه و ۵٪ از آنان نیز دچار عفونت ادراری راجعه مزمن می‌شوند (۴).

در بیشتر زنان باردار، عفونت‌های مجرای ادراری از وجود باکتری در ادرار بدون علائم مشخص آغاز می‌شود که قبل از حاملگی وجود داشته است (۳)؛ شیوع آن در طیّ حاملگی ۲-۷٪ است و وضعیت اقتصادی، نژاد و پاریتی[۱] بیمار در میزان آن مؤثر است؛ این میزان در زنان حامله ناقل سیکل سل دو برابر و در افراد دیابتی سه برابر افزایش می‌یابد (۵). شواهدی وجود دارد دالّ بر این که شیوع عفونت ادراری در زنانی که بیش از سه بار زایمان داشته‌اند، افزایش می‌یابد (۶).

عفونت ادراری به همراه زایمان زودرس و تولّد نوزادانی با وزن کم گزارش شده است؛ برخی از محققان عفونت ادراری را با افزایش شیوع بالارفتن فشار خون ناشی از بارداری و کم‌خونی مرتبط دانسته‌اند. زایمان زودرس که بیش از ۷۵٪ تمام موارد مرگ‌ومیر بیماری‌های جنین و نوزاد را در بر می‌گیرد، مهمترین مشکل مامایی در جهان امروز می‌باشد. اخیراً میزان مرگ‌ومیر در شیرخواران معیاری برای مقایسه سیستم‌های بهداشتی شده است. هزینه دلاری لازم برای مراقبت از کودکی با وزن کم تولّد، یکی از جنبه‌های ملّی ناخوشایندی نارسی است (۷). مرگ‌ومیر کودکان با وزن کم هنگام تولّد که ناشی از رشد کم داخل رحمی یا نارسی است، ۴۰ بار بیشتر از مرگ نوزادان با وزن طبیعی هنگام تولّد است (۸).

ارتباط بین وزن زمان تولّد و مدّت باقی ماندن کودک در رحم مادر با نمرات ضریب هوشی و شیوع ناهنجاری‌های عصبی گزارش شده است؛ به طوری که در کودکان زودرس و نیز کودکانی که با وزن کم به دنیا آمده بودند، نمرات ضریب هوشی کمتر و ناهنجاری‌های عصبی بیشتر مشاهده شده است. در صورت عدم درمان باکتری ادراری بدون علامت در زنان باردار، یک سوم این زنان دچار پیلونفریت حادّ می‌شوند که شایعترین علت بستری شدن زنان قبل از زایمان است (۳).

عوارض سوء پیلونفریت حادّ بر حاملگی قابل ملاحظه است. زنان حامله و مبتلا به پیلونفریت حتّی اگر فوراً هم درمان شوند، باز تعداد چشمگیری از آنها نوزادان کم وزن به دنیا می‌آورند، مرگ‌ومیر جنین در آنها افزایش می‌یابد، دچار کم‌خونی، مسمومیت حاملگی و پاره شدن زودرس پرده‌های جنینی، نارسایی تنفسی و خطر سپتی‌سمی و شوک می‌شوند؛ همچنین کودکان متولّد شده از مادران مبتلا به پیلونفریت دچار اختلال رشد روانی و حرکتی هستند (۶).

بایستی در نظر داشت که استفاده از تئوری، احتمال تأثیر برنامه‌های آموزشی را افزایش می‌دهد و به شناسایی ویژگی‌های افراد و محیط‌های احاطه‌کننده او که به نحوی بر رفتارها تأثیرگذارند، کمک می‌کند (۹). تئوری‌ها در طراحی برنامه‌های جامع و ارزشیابی آنها نقش مؤثری ایفا می‌نمایند (۱۰).

الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از اولین الگوهایی است که از تئوری‌های علوم رفتاری برای بررسی مشکلات مرتبط با سلامت استفاده می‌کند و به طور وسیعی برای توضیح رفتارهای پیشگیرانه به کار برده شده است (۱۲،۱۱). چارچوب مفهومی الگوی اعتقاد بهداشتی عرضه‌شده در اوایل ۱۹۵۰ برای پنج دهه یکی از الگوهای توضیحی و پیش‌بینانه بود که از آن به صورت گسترده‌ای به عنوان ابزار برنامه‌ریزی آموزش بهداشت در جهت ارتقای تبعیت از رفتارهای پیشگیرانه، استفاده شده است (۱۴،۱۳)؛ بنابراین در این مطالعه از مدل اعتقاد بهداشتی (که بیشتر بر پیشگیری تکیه دارد و متوجه رفتارهای مرتبط با سلامتی است و به موجب آن، فرد هنگامی یک عمل بهداشتی را انجام می‌دهد که تهدید، حساسیت، شدّت و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند)، به عنوان یک چهارچوب مرجع استفاده شد (۱۵). الگوی اعتقاد بهداشتی مورد استفاده در این مطالعه، در

[۱] *Parity*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

بردارنده سازه‌های موانع درک‌شده، منافع درک‌شده، حساسیت درک‌شده و شدّت درک‌شده است؛ همچنین این مدل یکی از مدل‌هایی است که در مطالعات دیگر نیز به منظور تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶-۲۰) و به نظر می‌رسد چهارچوب مناسبی برای تعیین این عوامل باشد.

با توجه به مطالب پیش‌گفت، در این مطالعه به تعیین آگاهی، نگرش و رفتار زنان باردار در زمینه عفونت‌های ادراری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی پرداخته شد.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی، جامعه مورد پژوهش شامل زنان باردار بود. نمونه پژوهش ۱۱۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان بهبهان بودند که به صورت مستمر (در مقطع زمانی انجام تحقیق)، نمونه‌گیری شدند. تمام زنان بارداری که به منظور دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز مذکور مراجعه کرده و برای شرکت در طرح رضایت داشتند، وارد مطالعه و زنان بارداری که به دلیل فوریت پزشکی ارجاع داده می‌شدند، از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مبتنی بر ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی بود. این پرسشنامه مشتمل بر چهار بخش بود. بخش اول در بردارنده عوامل واسطه‌ای شامل اطلاعات فردی (سن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال زن باردار و سطح درآمد خانواده) و میزان آگاهی در زمینه عفونت‌های ادراری (۳۰ سؤال) و بخش دوم در بردارنده سازه راهنمای عمل با ۳ سؤال بود؛ بخش سوم شامل ۱۹ سؤال نگرشی (موانع درک‌شده، منافع درک‌شده، حساسیت درک‌شده، شدّت درک‌شده) و بخش چهارم شامل ۲۶ سؤال رفتاری (نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه رعایت نظافت، عادات مربوط به رفتار جنسی) بود.

در بخش سؤالات آگاهی، برای هر جواب درست نمره ۱ و برای هر جواب غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. سؤالات نگرش بر اساس مقیاس لیکرت (موافقم، مخالفم و بی‌نظرم) تنظیم گردید. در این بخش برای هر نگرش صحیح نمره ۲، بی‌نظر بودن نمره ۱ و نگرش غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. سؤالات رفتار بر اساس مقیاس همیشه، گاهی اوقات، بندرت، هیچ وقت تنظیم گردید. در این بخش برای انجام رفتار به طور "همیشه" نمره ۳، "گاهی اوقات" نمره ۲، "بندرت" نمره ۱ و "هیچ وقت" نمره صفر در نظر گرفته شد.

در هر بخش (آگاهی، نگرش و رفتار) حدّ فاصل بین کمترین و بیشترین نمره آزمون به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی شد؛ به عبارتی یک سوم اول ضعیف، یک سوم دوم متوسط و یک سوم آخر خوب، طبقه‌بندی گردید.

روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوا و با نظرخواهی از اعضای هیأت علمی مجرّب انجام شد. مقدار پایایی پرسشنامه نیز به روش آزمون مجدّد ۰/۸۳ محاسبه شد؛ به این صورت که پرسشنامه توسط ۱۰ خانم باردار به غیر از گروه‌های شرکت‌کننده در مطالعه اصلی تکمیل و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه‌ها به همان افراد داده شد.

پرسشنامه در مراکز بهداشتی، درمانی بین خانم‌های باردار مراجعه‌کننده توزیع شد. در هنگام توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم برای پاسخگویی مناسب به سؤالات داده شد.

داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف و از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل و ANOVA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۱۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان بهبهان با میانگین سنّی ۴/۶۸±۲۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. سطح تحصیلات ۴۰/۹٪ دیپلم بود و ۹۰/۹٪ خانه‌دار بودند. اطلاعات کامل فردی افراد مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

نمره آگاهی در ۳۰/۹٪ از افراد مورد مطالعه، خوب و در ۶۴/۵٪ متوسط بود. ۳۱/۸٪ از اثرات سوء احتمالی عفونت ادراری بر نوزاد (کم‌وزنی) مطلع بودند و ۶۳/۶٪ می‌دانستند که عفونت ادراری باعث زایمان زودرس می‌شود.

در سازه راهنمای عمل ۶۸/۲٪ زنان باردار مورد مطالعه از طریق همسر، ۷۱/۸٪ از طریق خانواده (مادر، خواهر و ...) و

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

۶۲/۷٪ از طریق وسایل ارتباط جمعی در زمینه پیشگیری از عفونت ادراری راهنمایی شده بودند. در اینجا نقش هر عنوان به تنهایی و در سؤالی جداگانه در پیشگیری از عفونت ادراری سنجیده شده است و عناوین مکمل هم نیستند تا مجموع آنها، ۱۰۰٪ شود. نمره موانع درک‌شده در ۴۶/۴٪، نمره منافع درک‌شده در ۹۴/۵٪، حساسیت درک‌شده در ۹۰/۹٪ و شدّت درک‌شده در ۸۴/۵٪ خوب ارزیابی گردید (جدول ۲). نحوه لباس پوشیدن در ۸۴/۵٪ از افراد مورد مطالعه، عادات غذایی در ۱۰/۹٪، عادات ادراری در ۴۷/۳٪، نحوه نظافت در ۳۰٪ و عادات جنسی در ۴۶/۴٪ به منظور پیشگیری از عفونت ادراری، خوب ارزیابی گردید (جدول ۳). بر اساس آزمون تی مستقل، بین افراد شاغل و خانه‌دار از نظر آگاهی اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که میانگین نمره آگاهی در افراد شاغل (۲/۶۷±۲۲/۵) به طور معنی‌داری بیشتر از افراد خانه‌دار (۳/۱۹±۲۰/۱۴) بود (P=۰/۰۲۶)؛ بر اساس این آزمون آگاهی با درآمد ارتباطی نداشت (P>۰/۰۵).

بر اساس آزمون ANOVA تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره آگاهی زنان مورد مطالعه، در سطوح مختلف تحصیلی، مشاهده شد (P=۰/۰۰۱). بر اساس آزمون پس از تجربه (توکی) میانگین نمره آگاهی در سطح تحصیلات ابتدایی با سایر سطوح تحصیلی (راهنمایی: ۱/۰۵±۳/۵-، دبیرستان: ۱/۱۵±۳/۳۰- و دانشگاه: ۰/۸۵±۰/۷۵-۳) تفاوت معنی‌داری نشان داد ولی بین میانگین نمره آگاهی در سایر سطوح تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره آگاهی در سطح تحصیلات ابتدایی (۱۷/۲۰) با سایر سطوح تحصیلی (راهنمایی: ۲۰/۷۰، دبیرستان: ۲۰/۵۰ و دانشگاه: ۲۰/۹۵) همگن نبود و در دسته‌ای جداگانه قرار گرفت ولی میانگین نمره آگاهی در سایر سطوح تحصیلی با هم همگن بودند و در یک دسته قرار گرفتند. بین نمره آگاهی با نمرات موانع (r =۰/۱۷، P=۰/۰۳)، منافع (r =۰/۲۲، P=۰/۰۰۹)، حساسیت درک‌شده (r =۰/۳۲، P=۰/۰۰) و رفتار (r =۰/۱۹، P=۰/۰۲) همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت. در بین موانع، منافع، حساسیت و شدّت درک‌شده، کمترین میانگین مربوط به موانع درک شده بود (جدول۲).

در بخش رفتار، در بین نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه رعایت نظافت و عادات مربوط به رفتار جنسی، کمترین میانگین مربوط به عادات غذایی بود (جدول ۳).

بحث

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که فقط ۳۰/۹٪ از افراد مورد مطالعه (حدود یک سوم)، از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند و یکی از یافته‌های مطالعه حاضر همبستگی میان آگاهی با ساختارهای اصلی مدل اعتقاد بهداشتی بود؛ به نظر می‌رسد هر نوع مداخله بر روی آگاهی به عنوان عامل تعدیل‌کننده، بر سازه‌های مذکور نیز تأثیرگذار باشد. در تحقیق عسکری‌نژاد و بخشی درباره آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار رفسنجان نسبت به اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری، ارتباط بین آگاهی و عملکرد نمونه‌های پژوهش از نظر آماری معنی‌دار بود (۲۱)؛ همین ارتباط در مطالعه شاهرخی و قربانی با عنوان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مصرف‌کننده قرص خوراکی ضدّ بادراری در مورد این روش پیشگیری، نیز نشان داده شد (۲۲).

با توجه به نتایج مطالعه استوار و همکاران در زمینه آگاهی و نگرش زنان در مورد بیماری‌های مقاربتی و ایدز و عوامل مرتبط با آن، آگاهی مناسب در مورد بیماری‌های مقاربتی و ایدز به تغییر نگرش و رفتارهای مناسب می‌انجامد و از ترس و وحشت بی‌مورد می‌کاهد (۲۳). در مطالعه جوکار و غیاثی در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شهر ایلام نسبت به سرطان پستان، بین آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ارتباط معنی‌داری گزارش شد (۲۴).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی زنان باردار مورد مطالعه (شهرستان بهبهان سال ۸۹-۱۳۸۸)

مشخصات فردی		فراوانی	درصد
تحصیلات	ابتدایی	۱۵	۱۳/۶
	راهنمایی	۱۷	۱۵/۵
	دبیرستان	۵۷	۵۱/۸
	دانشگاهی	۲۱	۱۹/۱
	جمع	۱۱۰	۱۰۰
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۰۰	۹۰/۹
	شاغل	۱۰	۹/۱
	جمع	۱۱۰	۱۰۰
سطح درآمد خانواده در ماه	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۷۶	۶۹/۱
	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۳۴	۳۰/۹
	جمع	۱۱۰	۱۰۰

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول ۲- توزیع نمره آگاهی و منافع، موانع، حساسیت، شدّت درک‌شده مسأله عفونت‌های ادراری در زنان باردار مورد مطالعه (شهرستان بهبهان سال ۸۹-۱۳۸۸)

متغیر	میانگین و انحراف معیار	سطح‌بندی متغیر							
		ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۲۰/۳۵±۳/۲۱	۶	۴/۵	۷۱	۶۴/۵	۳۴	۳۰/۹	۱۱۰	۱۰۰
موانع درک‌شده	۶/۲۵±۲/۴۴	۱۴	۱۲/۷	۴۵	۴۰/۹	۵۱	۴۶/۴	۱۱۰	۱۰۰
منافع درک‌شده	۹/۲۱±۱/۲۱	۰	۰	۶	۵/۵	۱۰۴	۹۴/۵	۱۱۰	۱۰۰
حساسیت درک‌شده	۸/۹۸±۱/۶۶	۳	۲/۷	۷	۶/۴	۱۰۰	۹۰/۹	۱۱۰	۱۰۰
شدّت درک‌شده	۷/۰۷±۱/۴۹	۲	۱/۸	۱۵	۱۳/۶	۹۳	۸۴/۵	۱۱۰	۱۰۰
نگرش کلّی	۳۱/۵۲±۴/۳۸	۲	۱/۸	۴۸	۴۳/۶	۶۰	۵۴/۵	۱۱۰	۱۰۰

جدول ۳- توزیع نمره رفتار در زنان مورد مطالعه (شهرستان بهبهان سال ۸۹-۱۳۸۸)

متغیر	میانگین و انحراف معیار	سطح‌بندی متغیر							
		ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نحوه لباس پوشیدن	۱۳/۰۹±۲/۵۸	۵	۴/۵	۱۲	۱۰/۹	۹۳	۸۴/۵	۱۱۰	۱۰۰
عادات غذایی	۹/۱۸±۲/۱۱	۳۲	۲۹/۱	۶۶	۶۰/۰	۱۲	۱۰/۹	۱۱۰	۱۰۰
عادات ادراری	۱۱/۶۸±۳/۰۱	۲۰	۱۸/۲	۳۸	۳۴/۵	۵۲	۴۷/۳	۱۱۰	۱۰۰
نحوه نظافت	۱۰/۳۵±۱/۹۲	۱۵	۱۳/۶	۶۲	۵۶/۴	۳۳	۳۰	۱۱۰	۱۰۰
عادات مربوط به رفتار جنسی	۱۱/۱۰±۲/۰۲	۱۰	۹/۱	۴۹	۴۴/۵	۵۱	۴۶/۴	۱۱۰	۱۰۰
رفتار کلّی	۵۵/۴۲±۷/۰۳	۳	۲/۷	۶۸	۶۱/۸	۳۹	۳۵/۵	۱۱۰	۱۰۰

۳۰/۸٪ از زنان مورد مطالعه، از اثرات سوء احتمالی عفونت ادراری بر نوزاد (کم‌وزنی) مطلع بودند؛ بنابراین لازم است آگاهی زنان باردار در زمینه عوارض عفونت ادراری در دوران بارداری افزایش یابد.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط میان میانگین نمره آگاهی و وضعیت اشتغال بود که نشان داد میانگین این نمره در افراد شاغل به طور معنی‌داری بیشتر از افراد خانه‌داراست که می‌تواند بیانگر این مهمّ باشد که زنان باردار خانه‌دار نیازمند آموزش بیشتر در زمینه عفونت‌های ادراری هستند. در مطالعه سلمالیان در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهر بابل در مورد خودآزمایی پستان، بین آگاهی و شغل آنان ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۵). در مطالعه گشتاسبی و همکاران در زمینه آگاهی زنان متأهل مناطق شهری کهکیلویه و بویراحمد در مورد ایدز و سایر بیماری‌های منتقله به روش جنسی نیز بین آگاهی و شغل ارتباط معنی‌داری گزارش شد (۲۶).

در مطالعه حاضر ۶۲/۷٪ از زنان مورد مطالعه از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی به منظور پیشگیری از عفونت‌های ادراری راهنمایی شده بودند؛ بنابراین شایسته است از الگوی اعتقاد بهداشتی که برای طراحی برنامه‌های آموزشی و تولید پیام‌های ترغیب‌کننده بویژه افزایش آگاهی و تغییر عقاید از طریق رسانه‌ها مفید است، بهره جست تا تعدادی بیشتری از زنان باردار از این طریق در مورد پیشگیری از عفونت‌های ادراری راهنمایی شوند. رحیمی و سید رسولی، تحقیقی درباره آگاهی و عملکرد زنان باردار نسبت به ورزش دوران بارداری انجام دادند؛ این محققان پیشنهاد کردند که رسانه‌های گروهی در جهت افزایش آگاهی و بهبود عملکرد زنان جامعه نسبت به ورزش دوران بارداری اقدام نمایند (۲۷). عسکری‌نژاد و بخشی نیز بهره‌گیری از

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

وسایل ارتباط جمعی را از ضروریات دانسته و آن را پیشنهاد کرده‌اند (۲۱). استوار و همکاران نیز رسانه‌های گروهی را به عنوان محور آموزشی در زمینه بیماری‌های مقاربتی و ایدز معرفی کرده‌اند (۲۳).

در بین موانع، منافع، حساسیت و شدّت درک‌شده، موانع درک‌شده دارای کمترین میانگین بود. در بخش رفتار، نحوه لباس پوشیدن، دارای کمترین میانگین بود؛ بنابراین شایسته است در برنامه‌ریزی آموزشی، موانع درک‌شده و نحوه لباس پوشیدن را به عنوان نیاز آموزشی تلقی کرده و در ارتقای آنها بیشتر تلاش کنیم.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که هر چند حدود ۵۴/۵٪ از زنان باردار مورد مطالعه نمره خوبی از نظر نگرش داشتند ولی فقط ۳۵/۵٪ آنان از رفتار خوب جهت پیشگیری از عفونت ادراری برخوردار بودند؛ بنابراین شایسته است به سازه رفتار توجه بیشتری مبذول داشت و در برنامه‌ریزی آموزشی سعی در رفع نقاط ضعف رفتاری نماییم.

در مطالعه دلارام در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرکرد در مورد روش‌های اضطراری پیشگیری از بارداری، نگرش بیش از ۷۰٪ از واحدهای پژوهش در مورد روش‌های پیشگیری اضطراری مثبت بود ولی فقط ۲۰/۵٪ آنان از این روش‌ها استفاده کرده بودند (۲۸). در مطالعه دادخواه و محمدی در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شهر اردبیل در مورد خودآزمایی پستان، نگرش ۵۱/۳٪ از نمونه‌ها نسبت به خودآزمایی پستان مثبت بود ولی عملکرد کلّی آنان در زمینه خودآزمایی پستان ضعیف بود (۴۷/۶٪) و فقط ۱۰/۶٪ عملکرد خوبی داشتند (۲۹).

نتیجه‌گیری

زنان با فرایند بارداری که مرحله مهمّی در زندگی آنها است، روبه رو هستند؛ بنابراین به کسب اطلاعات و حمایت و تشویق مداوم در جهت انجام رفتارهای مناسب در جهت پیشگیری از عفونت‌های ادراری نیازمندند.

ارزیابی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی با کمک به شناخت نیازها و اولویت‌های مخاطبین می‌تواند در طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی اثربخش باشد. از آنجا که موانع درک‌شده در جهت انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده تأثیرگذار می‌باشند، باید موانعی را که در راه انجام فعالیت‌های پیشگیری‌کننده وجود دارد، بر طرف نمود که یکی از این موانع کمبود آگاهی است. طبق این مطالعه آگاهی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی همبستگی مثبت دارد؛ بنابراین باید آگاهی این زنان ارتقا یابد تا تحت تأثیر آن، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نیز افزایش یابد.

همچنین به منظور ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری، برگزاری کلاس‌های آموزشی به روش سخنرانی، بحث گروهی، ارائه کتب و جزوات آموزشی و بهینه‌سازی برنامه‌های آموزشی رادیو و تلویزیون با کمک افراد متخصص پیشنهاد می‌شود.

نتایج این مطالعه حاوی اطلاعاتی است که برای برنامه‌ریزان و مسؤولین در جهت توسعه برنامه‌های آموزشی در زمینه عفونت‌های ادراری مفید می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی همراه با تأکید بر جنبه‌های مهمّ پیشگیری از عفونت ادراری و با هدف ارتقای سطح آگاهی، نگرش و رفتار زنان باردار مبتنی براین ارزیابی طرح‌ریزی شود.

منابع:

1- Tabrizian L. Analysis of elements of susceptibility of urinary infection in married women referred to well known hospitals in Tehran. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2002. [Persian]

2- Goldman MB, Hatch MC. Woman & Health. California: Academic Press; 2000.

3- Jame DK, Steer PJ, Weine CP. High risk pregnancy: management option. 5th ed. Orlando: Houghton Mifflin Harcourt; 1992.

4- Fox man B, French RR. Epidemiology of urinary tract infection. Am J Med Sci. 1985; 314 (4): 245-49.

5- Mottaghi K, Alavi Nejad P. Woman diseases and midwifery. Tehran: Rastan Pub; 1998. [Persian]

6- Burrow GN, Duffy TP. Medical complication during pregnancy. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1988.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

7- Mashfeghi Z. Analysis of relationship of urinary bacteria without early sign in pregnant mothers referred to the well known hospitals in Shiraz. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2002. [Persian]

8- Khajevi Shojaei K, Parsaei S, Falah N. Knowledgment, view and activity of pregnant women referring to University hospitals of Tehran regarding nutrition during pregnancy. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2001; 3 (8): 70-75. [Persian]

9- Jackson C. Behavioral science theory and principles for practice in health education. Health Educ Res. 1997; 12 (2): 143-50.

10- Dehdari T, Heidarnia AR, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemadi S. Planning and evaluation of educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to Percede-Proceed Model. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2008; 15 (4): 27-38. [Persian]

11- Wu TY, Yu MY. Reliability and validity of the mammography screening beliefs questionnaire among Chinese American woman. Cancer Nurse. 2003; 26 (2): 131-42.

12- Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A-meta analysis of studies of health belief model. Health Educ Res. 1992; 7 (1): 107-16.

13- Rosen stock IM. The health belief model: origin and correlates. Health Educ Monogr. 1974; 2 (4): 336-53.

14- Stretcher VJ, Rosen Stock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education. Sanfrancisco: Jossey Bass; 1997

15- Shojaeezade D. Models of behavior in health education. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2000. [Persian]

16- Pershizi L. Analysis of the effects of health beliefs in use of preventive behaviors from osteoporosis in menopausal women. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2006. [Persian]

17- Taghdisi MH, Norozi, S. Analysis of effects of prevention training and control of anxiety of university entrance test according to health belief model on awareness and pre university student's attitude of Mearaj Preuniversity High School- Abhar. [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2002. [Persian]

18- Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia AR. The effect of health education based on health belief model on prevent action of AIDS on addict in zaradieh. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2009; 18 (70): 64-73. [Persian]

19- Asfia A, Shojaaeizadeh D. The application of a health belief model to prevent unwanted pregnancy among women south health centers-Tehran. Teb va Tazkiyeh Journal. 2004; 54:56- 62. [Persian]

20- Khosravi Sh, Jahani F, Gazerani N, Eshrati B, Moghimi M. Determining knowledge and attitude of students in Arak University of Medical Sciences about Ecstasy based on Health Belief Model in 2006. Arak Medical University Journal. 2007; 10 (2): 1-7. [Persian]

21- Askeri Nejad M, Bakhshi H. Analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women of Rafsanjan towards the importance of care taking during pregnancy in the year 2000. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2002; 1 (3): 1-7. [Persian]

22- Shahrokhi A, Ghorbani A. A KAP study on OCP users in Qazvin. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2000; 15: 61-66. [Persian]

23- Ostovar M, Nassiriziba F, Taavoni S, Haghani H. Knowledge and attitudes of women towards sexually transmitted diseases and AIDS. Journal of Iran University of Medical Sciences. 2006; 19 (48): 47-54. [Persian]

24- Jookar F, Ghiasi N. Attitude, awareness and action of women toward breast cancer in Ilam. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2000; 9 (26): 29-35. [Persian]

25- Solmaleyan H. Knowledge, attitude and practice of women in health centers of Babol towards breast self examination. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2005; 9 (4): 291-95. [Persian]

26- Goshtasbi A, Vahdaninia M, Rezaee N. Knowledge of married women in kohgilouyeh and boyerahmad urban areas on AIDS and sexually transmitted Infections. Armaghane-Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences. 2006; 11 (3): 99-107. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

27- Rahimi S, Sayed Resoli E. Analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women towards sport during pregnancy. Iran Journal of Nursing. 2004; 17 (40): 6-10. [Persian]

28- Delaram M. Knowledge, attitude and practice of women about emergency contraception in health centers of Shahrekord (2006). Behbood, Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2007; 11 (3): 22-34. [Persian]

29- Dadkhah B, Mohamadi M. Knowledge, attitude and practice of women towards breast self examination in Ardebil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2002; 2 (5): 14-19. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Evaluation of knowledge, attitude and health behaviour of the pregnant women consulted in Behbahan Health Centers in the field of urinary infections based on the health belief model (hbm) (2010)

M. H. Taghdisi[1], E. Nejadsadeghi[2]

Background and Aim: Urinary tract infection (UTI) is one of the most frequent difficulties in women, and because of the changes which take place in body conditions in pregnancy, pregnant women are more susceptible to it; and due to its potential effects on mothers and the fetus, UTI is considered very important. The aim of this study is to determine Knowledge, Attitude and Behavior of pregnant women based on the Health Belief Model (HBM).

Materials and Methods: This descriptive- analytic study has been conducted on 110 pregnant women visited health houses' staff in Behbahan city. The tools for collecting information was a multi sectional questionnaire consisting of demographic information, knowledge, attitude and behavior which its validity and reliability were ensured previously. Data were analyzed by SPSS software in significance level of P 0.05.

Results: The mean age of the pregnant women in this study was 25±4.68. 30. 9% of samples had good knowledge, 46. 4% had good perceived barriers, 94. 5% had good perceived benefits 90. 9% had good perceived susceptibility, 84. 5% had good perceived severity and 35. 5% had good behavior. There was a meaningful difference between employed people and housewives in regard of knowledge, knowledge did not relate to income. There was a meaningful positive correlation between knowledge and perceived barriers, perceived benefits perceived susceptibility and behavior.

Conclusion: The results revealed that the level of knowledge, attitude and health behavior of most of the pregnant women presented in the study were moderate in the field of prevention of urinary infections; and in this respect some suggestions have been made as: to hold education classes to raise women's knowledge, attitude and health behavior on prevention of urinary infections by delivering speech and group discussion, to present books and educational pamphlets and to optimize Radio and TV education programs by experts.

Key Words: Urinary tract infections, Pregnancy, Health behavior; Health knowledge, Attitudes, Practice, Health education

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 8 (3): 143-151

Received: October 05, 2011 Last Revised: December 10, 2011 Accepted: January 15, 2012

[1] *Assistant Professor, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran*
[2] *Corresponding Author, Master of Health Education, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran*
n. sadeghiel1358@yahoo.com

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]