دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۳، صفحه ۶۰۶ - ۵۹۷ (مرداد و شهریور ۱۳۹۴)

ISMJ 2015; 18(3): 597-606

بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری- تناسلی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در خانم‌های باردار شهر بوشهر سال ۹۳-۱۳۹۲

فرزانه نوروزی [۱]، آزیتا نوروزی [۱*]، رحیم طهماسبی [۲ و ۳]

[۱] گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۲] بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۳] گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۳/۳/۳- پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۲۱)

چکیده

زمینه: عفونت ادراری دومین عارضه شایع در حاملگی است که عوارض و پیامدهای مادری و جنینی جدی را در پی خواهد داشت. لذا هدف از این مطالعه شناسایی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری- تناسلی زنان باردار بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۲۵۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان بوشهر انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته شامل اطلاعات دموگرافیک، سنجش رفتار ارتقاء بهداشت سیستم ادراری، آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشد که قبل از مطالعه روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ و توسط آزمون‌های ضریب همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۴/۴±۲۷/۴ سال بود. بین متغیرهای دموگرافیک با انجام رفتار بهداشتی رابطه‌ای دیده نشد. اکثر افراد (۱۷۹ نفر معادل ۷۱/۶ درصد) آگاهی در سطح متوسط داشته و تنها ۴۴ نفر (۱۷/۶ درصد) از زنان سطح آگاهی مطلوبی در زمینه عفونت ادراری داشتند. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین سطوح مختلف آگاهی (p=۰/۰۲۶)، خودکارآمدی (p=۰/۰۰۰) و موانع درک شده (p=۰/۰۰۲) با نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری ارتباط معنادار وجود داشت. در آنالیز واریانس چند متغیره نیز نمره سازه خودکارآمدی ارتباط مثبت و قوی (p=۰/۰۰۰) با نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، لزوم برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی با تأکید بر افزایش خودکارآمدی ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: رفتار ارتقاء سلامت، عفونت ادراری، الگوی اعتقاد بهداشتی، بارداری

* بوشهر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
Email : azitanoroozi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

مقدمه

عفونت ادراری از شایع‌ترین عفونت‌های باکتریایی و دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از آنمی می‌باشد (۱ و ۲). تغییرات آناتومیکی و فیزیولوژیکی دستگاه ادراری موجب شیوع بالای عفونت ادراری در بارداری می‌شود (۱). عفونت ادراری در حاملگی به دو گروه باکتریوری علامت‌دار و بدون علامت تقسیم می‌شود (۲). شیوع باکتریوری بدون علامت ۱۱-۲ درصد است (۳) و در ایران ۱۱-۶ درصد زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴).

عفونت ادراری علاوه‌بر هزینه سنگین درمان و بستری، در دوران بارداری عوارض مادری و جنینی متعددی در پی دارد که از جمله عوارض مادری می‌توان به پیلونفریت، پره اکلامپسی، شوک سپتیک، آنمی و آندومتریت اشاره نمود. عوارض جنینی عفونت ادراری در دوران بارداری شامل کاهش وزن زمان تولد، زایمان زودرس که به‌دنبال آن نارسایی تنفسی، مرگ جنین، عقب ماندگی ذهنی و کاهش ضریب هوشی می‌باشد (۵ و ۶).

در صورت بروز عفونت ادراری، باید بلافاصله درمان دارویی صورت گیرد بر اساس تحقیقات انجام شده عقب افتادگی ذهنی و تکاملی در کودکانی که مادران آن‌ها در بارداری به‌علت ابتلا به عفونت ادراری، آنتی‌بیوتیک دریافت کرده بودند بیشتر بود (۷). در مطالعات انجام شده، درمان ضد میکروبی عفونت ادراری منجر به کاهش زایمان زودرس نشده (۸)، به‌علاوه شانس عود عفونت در تمام درمان‌ها ۳۰ درصد می‌باشد (۱).

با توجه به موارد ذکر شده پیشگیری از عفونت ادراری از هر لحاظ مقرون به صرفه می‌باشد (۸). انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری تناسلی مانند امتناع از فعالیت جنسی مکرر (۹)، پوشیدن لباس زیر مناسب، استفاده از مایعات ترش و ماست، شسته بودن ناحیه تناسلی همسر قبل از مقاربت (۱۰)، تعجیل در دفع ادرار جزء رفتارهای مهمی جهت پیشگیری از عفونت ادراری هستند (۱۱)، که نشان دهنده اهمیت و نقش رعایت رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده در بروز عفونت ادراری می‌باشد.

انجام رفتار بهداشتی بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت عوامل مؤثر بر تغییر رفتار، دستیابی به تغییر را آسان خواهد کرد. یکی از الگوهای مطرح در آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی است که در سطح فردی عمل کرده و به‌طور وسیعی برای توضیح رفتارهای پیشگیرانه و پیش‌بینی عوامل مرتبط با رفتار به‌کار برده می‌شود (۱۲). مفاهیم مطرح شده در الگوی اعتقاد بهداشتی شامل فاکتورهای تعدیل کننده و باورهای فردی می‌باشد. فاکتورهای تعدیل کننده به‌صورت غیرمستقیم بر رفتار اثر می‌گذارند و شامل متغیرهای جمعیت‌شناسی و متغیرهای ساختاری از جمله آگاهی درباره رفتار غیر بهداشتی می‌باشد. باورهای فردی که به‌صورت مستقیم بر رفتار اثر می‌گذارند دارای ۶ سازه شامل سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده، راهنماهایی برای عمل و خود کارآمدی می‌باشند. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (حساسیت درک شده) و این خطر جدی می‌باشد (شدت درک شده)، پس از آن، منفعت حاصل از این تغییر رفتار را درک کنند (فوائد درک شده) و در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

صورت وجود موانع، سعی در رفع آن کرده (موانع درک شده) و خودکارآمدی خود (اطمینان فرد در مورد توانایی شخصی خود جهت انجام رفتار مورد نظر) را افزایش دهند و راهنمای عمل لازم به منظور اتخاذ رفتار پیشگیری کننده را دریافت کنند. شناسایی سازه‌هایی از الگوی اعتقاد بهداشتی که پیشگویی کننده انجام رفتار است می‌تواند در طراحی برنامه‌های آموزشی مؤثر کمک کننده باشد (۱۳).

در مطالعه‌ای که توسط تقدیسی و همکاران در مورد ارزیابی آگاهی، نگرش و رفتار زنان باردار درباره عفونت‌های اداری انجام شد بین نمره آگاهی با نمرات موانع، منافع و حساسیت درک شده و رفتار همبستگی مثبت معنی‌دار (P<۰/۰۰۱) مشاهده گردید (۱۲).

نتایج مطالعه باقیانی‌مقدم و همکاران که به بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت اداری در مادران دارای دختر زیر ۶ سال پرداخته بودند نشان داد که بین حساسیت (p=۰/۰۰۱) و خودکارآمدی درک شده (P<۰/۰۰۱) با انجام رفتار رابطه مستقیم وجود داشت (۱۴).

در زمینه عوامل پیشگویی کننده‌ی رفتارهای پیشگیری کننده عفونت اداری تا جایی که برای محققین مقدور بود، تنها دو مطالعه فوق انجام شده که بر اساس یافته‌های این مطالعات سازه‌های متفاوتی با انجام رفتار در ارتباط بودند، لذا در این مطالعه سعی شده تا با شناسایی سازه‌هایی از این الگو که در پیشگویی رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری– تناسلی زنان باردار نقش دارد برنامه‌ی دقیقی جهت ترغیب زنان برای اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده در این زمینه و پیشگیری از عوارض عدم رعایت بهداشت فردی در بارداری طراحی گردد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، جامعه مورد مطالعه شامل زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی– درمانی شهرستان بوشهر بودند. در این مطالعه از کلیه مراکز بهداشتی- درمانی شهر بوشهر نمونه‌گیری شد به این ترتیب که حجم نمونه هر مرکز بر اساس نسبت زنان باردار آن مرکز تعیین و سپس از زنان مراجعه کننده به هر مرکز به روش نمونه‌گیری در دسترس جمع‌آوری اطلاعات صورت گرفت.

حجم نمونه لازم برای مطالعه با توجه به مطالعه تقدیسی (۱۲) و بر اساس ضریب همبستگی بین نمره آگاهی و رفتار ارتقاء سلامت دستگاه اداری (r=۰/۱۹) در سطح خطای ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۲۱۵ نفر محاسبه شد. به جهت وجود احتمال ریزش نمونه‌ها و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، حجم نمونه ۲۵۰ نفر برآورد گردید.

زنان بارداری که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی- درمانی شهر بوشهر مراجعه کرده و جهت درک مناسب سؤالات سواد خواندن و نوشتن داشتند و متمایل به شرکت در طرح بودند اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که شامل چهار بخش بود: ۱) اطلاعات دموگرافیک که با ۶ سوال مورد سنجش قرار می‌گرفت. این متغیرها شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد بارداری و سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال همسر می‌باشد. ۲) آگاهی با ۲۳ سؤال در سه حیطه آگاهی از علائم عفونت اداری (۹ سوال)، سؤالات در زمینه عوامل مستعد کننده، روش‌های درمانی و عوارض مادری و جنینی عفونت اداری (۷ سؤال) و راه‌های پیشگیری از عفونت اداری (۷ سؤال) به‌صورت صحیح و غلط

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

سنجیده می‌شد، به این صورت که به پاسخ صحیح یک و پاسخ غلط صفر امتیاز تعلق می‌گرفت. بنابراین دامنه نمرات آگاهی بین ۲۳-۰ بود. ۳) بخش سوم سؤالات مربوط به سازه‌های الگو بود به این ترتیب که حساسیت درک شده با ۴ سؤال، شدت درک شده با ۵ سؤال، موانع درک شده با ۷ سؤال، منافع درک شده توسط ۶ سؤال و خودکارآمدی با ۱۴ سؤال سنجیده شد که مقیاس همگی سازه‌ها لیکرت ۵ سطحی از کاملاً موافقم= ۵ تا کاملاً مخالفم= ۱ بود. ۴) بخش آخر پرسشنامه رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری را با ۱۶ سؤال مورد سنجش قرار می‌داد. این بخش شامل ۳ سؤال در زمینه نحوه لباس پوشیدن، ۵ سؤال در زمینه عادات غذایی، عادات ادراری و رعایت نظافت هر کدام با ۳ سؤال و عادات مربوط به رفتار جنسی با ۲ سؤال به‌صورت سؤالات چند گزینه‌ای که بسته به میزان صحت گزینه‌ها و تعداد گزینه‌های هر سؤال از نمره صفرتا ۳ را به خود اختصاص می‌داد مورد بررسی قرار گرفت.

برای درک و تفسیر بهتر نمرات آگاهی و سازه‌ها، گستره نمرات در سه سطح ضعیف، متوسط و مطلوب طبقه‌بندی شده است، به‌طوریکه بر اساس نمره کل شرکت کنندگانی که ۳۳/۳ درصد نمره قابل کسب و یا پایین‌تر را کسب کرده بودند در سطح ضعیف، کسب نمره بین ۶۶/۶-۳۳/۳ درصد در سطح متوسط و آن‌هایی که ۶۶/۶ درصد نمره قابل کسب و یا بالاتر را به‌دست آورده بودند در سطح مطلوب در نظر گرفته شدند.

جهت سنجش روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها، ابزار مورد استفاده در اختیار ۶ نفر از اساتید آموزش بهداشت و مامایی قرار گرفت و میانگین شاخص روایی محتوا برای سؤالات سازه‌ها شامل موانع درک شده= ۰/۹۷۵، فواید درک شده= ۰/۹۷۱، حساسیت درک شده= ۰/۹۴۱، شدت درک شده= ۱ و خودکارآمدی= ۰/۹۵۱ و در زمینه رفتار ۰/۸۸ و برای سؤالات آگاهی ۰/۹۴ به‌دست آمد، جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از ۳۰ نفر زن باردار مراجعه کننده به مراکز درخواست شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل و ۱ هفته بعد مجدداً سؤالات مربوط به عملکرد به روش آزمون مجدد در اختیار همان افراد قرار گرفت. پایایی سؤالات مربوط به سازه‌ها با آلفای کرونباخ سنجیده شد که شامل حساسیت درک شده (α=۰/۹۱۶)، شدت درک شده (α=۰/۷۱۱)، فواید درک شده (α=۰/۸۰۲)، موانع درک شده (α=۰/۶۴۵)، خودکارآمدی (α=۰/۸۰۸) بود. پایایی سوالات آگاهی با استفاده از ضریب کودرریچارسون ۰/۶۰۶ به‌دست آمد. آزمون مجدد در مورد سؤالات عملکرد نیز نشان‌دهنده پایایی مطلوب (r=۰/۹۱) بود. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاقیات، قبل از جمع‌آوری داده‌ها برای هر یک از نمونه‌ها، اهداف پژوهش توضیح داده شد و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده کاملاً محرمانه بوده و جمع‌آوری اطلاعات تنها از افرادی صورت گرفت که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۲۰ و با ارائه شاخص‌های توصیفی و انجام آزمون‌های ضریب همبستگی، تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی انجام شد. سطح معنی‌داری برای کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۰ زن باردار مرجعه کننده به مراکز بهداشتی– درمانی شهر بوشهر با دامنه سنی ۱۷ تا ۴۰

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

سال و میانگین سن (۴/۴±۲۷/۴) شرکت نمودند. از نظر تحصیلات ۳۰ نفر (۱۲ درصد) زیر دیپلم،۸۰ نفر (۳۲ درصد) دیپلم و ۱۴۰ نفر (۵۶ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

آگاهی در زمینه علایم عفونت ادراری در اکثر افراد در سطح مطلوب بود به‌طوریکه ۱۵۲ نفر (۶۰/۸ درصد) در این زمینه اطلاعات مطلوب، ۸۲ نفر (۳۲/۸ درصد) اطلاعات متوسط و ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) اطلاعات ضعیفی داشتند. در زمینه راه‌های پیشگیری از عفونت ادراری اکثر افراد (۱۳۸ نفر معادل ۵۵/۲ درصد) اطلاعات ضعیف داشتند و تنها ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) دارای سطح آگاهی مطلوب در این زمینه بودند. در زمینه اطلاعات عمومی ۸۳ نفر (۳۳/۲ درصد) آگاهی در سطح مطلوب، ۱۳۰ نفر (۵۲ درصد) اطلاعات متوسط و ۳۷ نفر (۱۴/۸ درصد) اطلاعات ضعیف داشتند. در کل، اکثر افراد (۱۷۹ نفر معادل ۷۱/۶ درصد) آگاهی در سطح متوسط داشته و تنها ۴۴ نفر (۱۷/۶ درصد) از زنان سطح آگاهی مطلوبی در زمینه عفونت ادراری داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی کلیه افراد ۲/۷۹±۱۴/۹۸ از ۲۲ به‌دست آمد.

میانگین وانحراف معیار نمره آگاهی و درک سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در ۳ سطح ضعیف، متوسط و مطلوب در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و درک سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی

سطوح متغیر نوع متغیر	ضعیف	متوسط	مطلوب	میانگین و انحراف معیار
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
آگاهی	۲۷ (۱۰/۸)	۱۷۹	۴۴(۱۷/۶)	۱۴/۹۸±۲/۷۹
موانع درک شده	۲۰۲(۸۱/۱)	۴۵(۱۸/۱)	۲(۰/۸)	۱۷/۶۱±۴/۳۵
منافع درک شده	۱۴(۵/۶)	۱۴۲(۵۷)	۹۳(۳۷/۵)	۱۳/۹۵±۳/۳۵
حساسیت درک شده	۲۲۵(۹۰/۴)	۲۱(۴/۸)	۲۱(۸/۴)	۶/۱۴±۲/۲۷
شدت درک شده	۸۷(۳۴/۸)	۱۵۲(۶۰/۸)	۱۱(۴/۴)	۱۹/۵۱±۲/۵۳
خودکارآمدی	۲(۰/۸)	۶۷(۲۶/۸)	۱۸۱(۷۲/۴)	۳۳/۷۶±۴/۸۹

در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری دامنه نمره کل رفتار در محدوده ۳۸-۱۳ ارزیابی گردید. میانگین و انحراف معیار نمره لباس پوشیدن ۲/۱۳±۵/۷ (از حداکثر نمره قابل کسب ۸)، عادات غذایی ۲/۳۳±۷/۶ (از حداکثر نمره قابل کسب ۱۵)، عادات ادراری ۱/۳۹±۶/۵۱ (از حداکثر نمره قابل کسب ۸)، نحوه نظافت ۱/۰۷±۴/۸ (از حداکثر نمره قابل کسب ۵) و عادات جنسی ۰۴/±۴/۰۱ (از حداکثر نمره قابل کسب ۶) به‌دست آمد.

در این مطالعه بین عوامل دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد بارداری، شغل و میزان تحصیلات همسر) با انجام رفتار رابطه معناداری وجود نداشت. اما بین سطوح مختلف تحصیلات مادر با آگاهی رابطه معنی‌دار مشاهده گردید، به‌طوری که میانگین و انحراف معیار در افراد دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم (۳/۰۷±۱۳/۳۳)، دیپلم (۲/۷۸±۱۴/۶۲)، تحصیلات دانشگاهی در رشته‌های غیر علوم پزشکی (۲/۴۸±۱۵/۵۵) و علوم پزشکی (۳/۹۰±۱۵/۵۰) با یکدیگر متفاوت بودند.

آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین سطوح مختلف آگاهی (p=۰/۰۲۶)، خودکارآمدی (p=۰/۰۰۰) و موانع درک شده (p=۰/۰۰۲) با نمره

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری ارتباط معنادار وجود داشت (جدول ۲).

در آنالیز واریانس چند متغیره نیز نمره سازه خودکارآمدی ارتباط مثبت و قوی با نمره انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری نشان داد و در آنالیز چند متغیره تنها سازه مؤثر در انجام این رفتار بود، به عبارتی با اثر همپوشانی بر روی سازه موانع و متغیر آگاهی تأثیر معناداری در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری داشت.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در سطوح مختلف آگاهی و سازه‌ها

نمرات انجام رفتار		میانگین و انحراف معیار	p-value
آگاهی	ضعیف	۲۵/۵۸±۳/۸۰	۰/۰۲۶
	متوسط	۲۷/۲۷±۳/۹۹	
	مطلوب	۲۸/۳۲±۴/۵۱	
موانع درک شده	ضعیف	۴/۳۰±۲۷/۷۵	۰/۰۰۲
	متوسط	۳/۹۴±۲۵/۵۱	
	مطلوب	۲/۸۲±۲۴	
منافع درک شده	ضعیف	۲۶/۸۴±۲/۳۰	۰/۱۷
	متوسط	۲۶/۹۲±۴/۳۴	
	مطلوب	۲۷/۹۳±۳/۸۷	
حساسیت درک شده	ضعیف	۲۷/۴۷±۴/۱۱	۰/۰۸۷
	متوسط	۲۶/۱۴±۳/۸۲	
	مطلوب	۲۳/۳۳±۲/۵۱	
شدت درک شده	ضعیف	۲۶/۸۳±۳/۹۲	۰/۴۵۲
	متوسط	۲۷/۴۹±۴/۱۵	
	مطلوب	۲۷/۸۱±۵/۰۳	
خودکارآمدی درک شده	ضعیف	۲۹/۵۰±۳/۵۳	۰/۰۰۰
	متوسط	۲۴/۷۲±۳/۸۸	
	مطلوب	۲۸/۲۰±۳/۸۰	

بحث

در پژوهش اخیر، ما برای نخستین بار به یافته‌های بالینی بر اساس یافته‌های این مطالعه مشخص شد که درصد کمی (۱۷/۶ درصد) از زنان باردار مورد مطالعه از سطح آگاهی مطلوبی در زمینه عفونت ادراری برخوردار بودند، به‌طوریکه اکثر زنان اطلاعات صحیحی در زمینه راه‌های پیشگیری از این عفونت نداشتند. از بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، موانع درک شده، خودکارآمدی و آگاهی با انجام رفتار در ارتباط بودند ولی خودکارآمدی بر روی دو سازه دیگر اثر همپوشانی داشت. در مطالعه‌ای که توسط تقدیسی و همکاران انجام شد نیز بین آگاهی و عملکرد زنان باردار ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۲)، نتیجه مطالعه باقیانی‌مقدم در زمینه بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در مادران دارای دختر زیر ۶ سال نشان داد، مادرانی که دارای آگاهی بیشتری در زمینه عفونت ادراری بودند رفتارهای پیشگیری کننده را به نحو مطلوبی انجام می‌دادند (۱۴). در بررسی انجام شده توسط استوار و همکاران نیز افزایش آگاهی در مورد بیماری‌های مقاربتی به انجام رفتارهای مناسب در این زمینه منجر شده بود (۱۵). نتایج حاضر با سایر مطالعات در زمینه دیگر رفتارهای پیشگیری کننده از جمله رفتار پاپ اسمیر جهت پیشگیری از سرطان دهانه رحم (۱۶ و ۱۷) و رفتار خودآزمایی پستان (۱۸) هم‌خوانی داشت. با توجه به رابطه معنی‌داری که بین آگاهی و انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری به‌دست آمد باید نسبت به افزایش سطح آگاهی زنان باردار در زمینه عفونت ادراری خصوصاً در حیطه راه‌های پیشگیری اقدامات آموزشی لازم صورت گیرد.

از بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، نمره سازه موانع درک شده با نمره انجام رفتار رابطه معنی‌داری داشت که با مطالعه صحرایی و همکاران در زمینه عوامل پیشگویی کننده خودآزمایی پستان بر اساس

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

الگوی اعتقاد بهداشتی هم‌خوانی داشت (۱۹). در مطالعه پترو- نستوس (Petro-Nustus) (۲۰) و سکجینلین (Secginlin) (۲۱) که به بررسی عوامل مؤثر بر رفتار غربالگری سرطان پستان پرداختند، مشابه همین نتایج به‌دست آمد. چائو و تان (Chao & Tan) (۲۲ و ۲۳) نیز بیان کردند که وجود موانع درک شده باعث کاهش عملکرد، در پیروی از رژیم دارویی در بیماران دیابتی می‌گردد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که تصور و درک فرد از موانع انجام رفتار عامل مهمی جهت متابعت از انجام رفتار بهداشتی می‌باشد لذا در برنامه‌های آموزشی باید تا حد امکان درک فرد از موانع را کاهش داده و عوامل تسهیل کننده انجام رفتار را به فرد معرفی نمود.

در بررسی انجام شده سازه خودکارآمدی قوی‌ترین ارتباط را با نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری نشان داد و در آنالیز چند متغیره تنها سازه مؤثر در انجام رفتار پیشگیری از عفونت ادراری بود، به عبارتی با اثر همپوشانی بر روی سازه موانع و متغیر آگاهی تأثیر معناداری در انجام رفتار پیشگیری کننده عفونت ادراری داشت. در مطالعات پیشین، در زمینه رفتارهای سلامتی و خودمراقبتی به نقش خودکارآمدی توجه زیادی شده زیرا احساس خودکارآمدی در مقایسه با سایر عوامل تأثیرگذار از جمله آگاهی و نگرش که در سال‌های گذشته مورد توجه اکثر مؤلفان بوده رابطه قوی‌تری با عملکرد فرد داشته است (۲۴). بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی اعتماد به نفس شخص در انجام یک رفتار رابطه قوی با انجام یک رفتار دارد، به‌طوری‌که افزایش خودکارآمدی سبب رفع موانع و بهبود رفتارهای پیشگیرانه توسط فرد می‌شود (۲۵). یافته‌های مطالعه‌ی باقیانی مقدم و همکاران (۱۴) در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری و همچنین یافته‌های مطالعات برهانی و همکاران (۲۵) هم‌راستا با این مطالعه بودند. در مطالعه بوندز (Bonds) و همکاران در سال ۲۰۰۴ در بیماران دیابتی آمریکا، رابطه معنی‌داری بین خودکارآمدی و خودمراقبتی آنان به‌دست آمد (۲۴). به عبارتی اطمینان فرد به توانایی خود برای انجام رفتار از قوی‌ترین سازه‌های تأثیرگذار بر انجام رفتار بوده و حتی درک از موانع را می‌تواند کاهش دهد. لذا در برنامه‌های آموزشی با استفاده از استراتژی‌های افزاینده خودکارآمدی باید گامی مؤثر در ارتقاء رفتارهای بهداشتی سیستم اداری تناسلی برداشت.

در این مطالعه رابطه معناداری بین فواید درک شده با انجام رفتار در این مطالعه به‌دست نیامد که هم‌راستا با مطالعات تقدیسی و باقیانی مقدم در این زمینه می‌باشد (۱۲ و ۱۴). طبق نظر شوارزر (Schwarzer) در فرایند عملکرد بهداشتی، فوائد درک شده در مرحله انگیزش عمل می‌کند ولی در مرحله عملکرد تأثیر کمتری دارد (۲۶). از طرفی به علت کمبود سطح آگاهی افراد از منافع انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری این سازه تأثیری در انجام رفتار نداشته و با افزایش آگاهی زنان در این زمینه و آماده نمودن آن‌ها برای انجام رفتار سپس می‌توان انتظار داشت که این سازه تأثیرگذار باشد. یافته‌های مطالعات سکجینلی (۲۷) در بررسی عوامل مؤثر بر رفتار غربالگری سرطان پستان نیز گویای همین مطلب می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه جائو و تان نشان داد که بین فوائد درک شده و پیروی از دستورات دارویی در افراد دیابتی ارتباطی وجود ندارد (۲۲ و ۲۳).

بین سازه‌های حساسیت و شدت درک شده در بررسی انجام شده رابطه‌ای با انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری یافت نشد، که می‌تواند به‌علت پایین

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

بودن سطح آگاهی از عوارض مادری و جنینی در گروه مورد مطالعه باشد. نتایج مذکور با مطالعه تقدیسی و همکاران در این زمینه (۱۲) هم‌خوانی داشت. در مطالعه باقیانی مقدم بین شدت درک شده با انجام رفتار رابطه‌ای دیده نشد ولی در زمینه حساسیت درک شده و انجام رفتار پیشگیری کننده در مادران دارای دختر زیر ۶ سال، رابطه مستقیم و معنی‌داری گزارش گردید (۱۴)، که این تناقض می‌تواند به‌علت افزایش میزان آگاهی افراد مورد مطالعه در گروه باقیانی مقدم نسبت به زنان باردار در مطالعه ما باشد زیرا حساسیت درک شده دارای جزء شناختی قوی بوده و تا حدودی وابسته به دانش فرد می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه رابطه بین نمره موانع درک شده، خودکارآمدی و آگاهی را با نمره انجام رفتار نشان می‌دهد که در آنالیز چند متغیره خودکارآمدی بیشترین تأثیر را از بین موارد ذکر شده بر انجام رفتار داشت. بنابراین توصیه می‌گردد با برگزاری کلاس‌های آموزشی با استفاده از استراتژی‌های ارتقاء دهنده خودکارآمدی اطمینان زنان به توانایی خود برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت را ارتقاء داد تا بتوان ضمن افزایش آگاهی افراد، آن‌ها را قادر ساخت تا خود بتوانند موانعی را که سد راه انجام رفتارهای بهداشتی آن‌ها وجود دارد از میان بردارند.

سپاس و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بوده و با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از کلیه‌ی شرکت کنندگان که با صبر و حوصله در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1.Gunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrics. 23nd Ed. New York: McGraw Hill, 2012.
2.Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. Eur J Clin Invest 2008; 38: 50-7.
3.Jolley JA, Wing DA. Pyelonephritis in pregnancy. Drugs 2010; 70: 1643-55.
4.Shahraki AD, Pishva E, Mirbaha S, et al. The prevalence of asymptomatic bacteruria in pregnant women with and without gestational diabetes. J Isfahan Med Sch 2011; 28: 1214-22. (Persian)
5.Babadi A, kabbaj D, Elfazazi H, et al. Urinary tract infection in pregnancy. S audi J Kidney Dis Transpl 2010; 21: 342-4.
6.Lin KW, Brown T. Screening for asymptomatic bacteriuriain adults. Am Fam Physician 2010; 81: 508.
7.Schieve LA, Handler A, Hershow R, et al. Urinary tract infection during pregnancy: Its association with maternal morbidity and prenatal outcome. Am J Public Health.1994; 84: 405-10.
8.Nasiry Amiri F, Hasanjani Roshan M, Haji Ahmadi M, et al. The role of hygienic behavior in incidence of urinary tract infection among pregnant women referred to health center, Babol, 2002-04. J Babol Univ Med Sci 2006; 8: 56-62. (Persian)
9.Fihn SD. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. N Engl J Med 2003; 349: 259-66.
10.Nikpour S, Tabrizian L, Masrur Roodsari D, et al. Study of Predisposing factors of Urinary Tract Infections among Married Women Referred to Selected Hospitals in Tehran city, 2003. Razi J Med Sci 2004; 11: 489-97. (Persian)
11.Kojaiibidgoli A, Sayedalshohadaei M, Allami M, et al. Prevalence and risk factors of urinary tract infections in type 2 diabetic women referred to Iran university of medical sciences institution of Endocrinology and Metabolism at 2007. Behbood 2009; 13: 203-10. (Persian)
12.Taghdisi MH, Nejadsadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. J Res Health

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

2012; 2: 44-54. (Persian)
13.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. John Wiley & Sons, 2008.
14.BaghianiMoghadam MH, Shojaeazadeh D, Mohamadloo A, et al. Evaluation of preventive behaviors of UTI based on health belief model (HBM) in mothers with girls younger than 6 years old. Toloo-E-Behdasht 2013; 12: 78-88. (Persian)
15.Ostovar M, Nassiriziba F, Taavoni S, et al. Knowledge and attitudes of women towards sexually transmitted diseases and AIDS. Iran J Nurs 2007; 19: 47-54. (Persian)
16.Sedighi J, Vahdaninia M, Khodabandeh A, et al. Cervical cancer: knowledge of women and the effect of educational materials. Payesh 2005; 4: 29-38. (Persian)
17.Wong LP, Wong YL, Low WY, et al. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. Singapore Med J 2009; 50: 49-53.
18.Sadler GR, Ko CM, Cohn JA, et al. Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. BMC Public Health 2007; 7: 57-63.
19.Sahraee A, Noroozi A, Tahmasebi R. Predicting Factors of Breast Self-Examination based on Health Belief Model and Locus of Control among Women Aged 20-50 Years. Hayat 2013; 19: 27-39. (Persian)
20.Petro-Nustus W, Mikhail BI. Factors associated with breast self-examination among jordanian women. Public Health Nurs 2002; 19: 263-71.
21.Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 43: 161-71.
22.Chao J, Nau DP, Aikens JE, et al. The meditation role of health beliefs in the relationship between depressive symptoms and medication adherence in persons with diabetes. Res Social Adm Pharm 2005; 1: 508-25
23.Tan MY. The relationship of heath beliefs and complication prevention behaviors of Chines individuals with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2004; 66: 71-7
24.Bonds DE, Camacho F, Bell RA, et al. The association ofpatient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. BMC Fam Pract 2004; 5: 26.
25.Borhani F, Abbaszadeh A,Taebi M, et al. The relationship between self-efficacy and health beliefs among type2 diabetic patients. Payesh 2010; 9: 371-83. (Persian)
26.Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. Though control of action. 1st ed. New Yok: Taylor and Francis, 1992.
27.Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 43: 161-71.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]

ISMJ 2015; 18(3): 597-606

Orginal Article

Influencing factors in the health promoting behaviors of Urinary system based on health belief model in pregnant women in Bushehr 2013-14

F. Noroozi [1], A. Noroozi [1], R. Tahmasebi [2, 3]*

[1] Department of Health Education, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Department of Health Promotion, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] Department of Biostatistics, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

(Received 24 May, 2014 Accepted 12 Jul, 2014)

Abstract

Background: Urinary tract infection is the second most common complication of pregnancy that will follow with maternal and fetal complications. The aim of this study was to identify factors affecting the urinary system health promoting behaviors in pregnant women based on the health belief model.

Materials and methods: The present study is a descriptive - analytic study was performed on 250 pregnant women referred to health centers of Bushehr. The tools for collecting information was a multi sectional questionnaire consisting of demographic information, measurement of urinary system health behavior, knowledge and health belief model constructs, which its validity and reliability were ensured previously. Data analysis was performed with SPSS version 20 by using correlation coefficient and linear regression tests.

Results: The mean age of subjects 27/4±4/4 years.The relationship between demographic variables and health behavior wasn't found. The most people (179 equivalents to 71/6%) had medium level of knowledge about urinary tract infection, and only 44 women (17.6%) had appropriate awareness. Mean score of preventive behaviors was significant difference between different levels of knowledge (p =0/026), self efficacy (p=0/000) and perceived barriers (p=0/002). In multivariate ANOVA, only the self efficacy had strong positive relationship with the preventing behaviors of urinary tract infection (p=0/000).

Conclusion: Based on these results, the necessity of education based on health belief model with an emphasis on increasing the efficacy is necessary.

Key words: Health promotion behavior, Urinary tract infection, Health belief model, Pregnancy.

**Address for correspondence*: School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN. E-mail: azitanoroozi@yahoo.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-06]