



بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری - 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 خلیج فارس، 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 اداری 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 اداری - 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 اداری، آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشد که قبل از مطالعه روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ و توسط آزمون‌های ضریب همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد تحت مطالعه $27/4 \pm 4/4$ 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 اداری داشتند. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین سطوح مختلف آگاهی ($p=0/026$)، خودکارآمدی ($p=0/000$) و موانع درک شده ($p=0/002$) با نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت اداری ارتباط معنادار وجود داشت. در آنالیز واریانس چند متغیره نیز نمره سازه خودکارآمدی ارتباط مثبت و قوی ($p=0/000$) با نمره انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت اداری نشان داد.

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

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

* بوشهر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

مقدمه

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 اداری هستند (۱۱)، که نشان دهنده اهمیت و نقش رعایت رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده در بروز عفونت اداری می باشد.

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 به طور وسیعی برای توضیح رفتارهای پیشگیرانه و پیش بینی عوامل مرتبط با رفتار به کار برده می شود (۱۲). مفاهیم مطرح شده در الگوی اعتقاد بهداشتی شامل فاکتورهای تعدیل کننده و باورهای فردی می باشد. فاکتورهای تعدیل کننده به صورت غیرمستقیم بر رفتار اثر می گذارند و شامل متغیرهای جمعیت شناسی و متغیرهای ساختاری از جمله آگاهی درباره رفتار غیر بهداشتی می باشد. باورهای فردی که به صورت مستقیم بر رفتار اثر می گذارند دارای ۶ سازه شامل سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده، راهنمایی برای عمل و خود کارآمدی می باشند. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، مردم زمانی نسبت به پیام های بهداشتی و پیشگیری از بیماری ها عکس العمل خوب و مناسبی از خود نشان می دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (حساسیت درک شده) و این خطر جدی می باشد (شدت درک شده)، پس از آن، منفعت حاصل از این تغییر رفتار را درک کنند (فواید درک شده) و در

عفونت اداری از شایع ترین عفونت های باکتریایی و دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از آنمی می باشد (۱ و ۲). تغییرات آناتومیکی و فیزیولوژیکی دستگاه اداری موجب شیوع بالای عفونت اداری در بارداری می شود (۱). عفونت اداری در حاملگی به دو گروه باکتریوری علامت دار و بدون علامت تقسیم می شود (۲). شیوع باکتریوری بدون علامت ۱۱-۲ درصد است (۳) و در ایران ۱۱-۶ درصد زنان باردار را تحت تأثیر قرار می دهد (۴).

عفونت اداری علاوه بر هزینه سنگین درمان و بستری، در دوران بارداری عوارض مادری و جنینی متعددی در پی دارد که از جمله عوارض مادری می توان به پیلونفریت، پره اکلامپسی، شوک سپتیک، آنمی و آندومتريت اشاره نمود. عوارض جنینی عفونت اداری در دوران بارداری شامل کاهش وزن زمان تولد، زایمان زودرس که به دنبال آن نارسایی تنفسی، مرگ جنین، عقب ماندگی ذهنی و کاهش ضریب هوشی می باشد (۵ و ۶).

در صورت بروز عفونت اداری، باید بلافاصله درمان دارویی صورت گیرد بر اساس تحقیقات انجام شده عقب افتادگی ذهنی و تکاملی در کودکانی که مادران آنها در بارداری به علت ابتلا به عفونت اداری، آنتی بیوتیک دریافت کرده بودند بیشتر بود (۷). در مطالعات انجام شده، درمان ضد میکروبی عفونت اداری منجر به کاهش زایمان زودرس نشده (۸)، به علاوه شانس عود عفونت در تمام درمان ها ۳۰ درصد می باشد (۱).

با توجه به موارد ذکر شده پیشگیری از عفونت اداری از هر لحاظ مقرون به صرفه می باشد (۸). انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری تناسلی

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 ($r=0/19$) 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) به صورت صحیح و غلط

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 ($P<0/001$) مشاهده گردید (۱۲).

نتایج مطالعه باقیانی مقدم 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 ($p=0/001$) و خودکارآمدی درک شده ($P<0/001$) با انجام رفتار رابطه مستقیم وجود داشت (۱۴).

در زمینه عوامل پیشگویی کننده 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.

سنجیده می‌شد، به این صورت که به پاسخ صحیح یک و پاسخ غلط صفر امتیاز تعلق می‌گرفت. بنابراین دامنه نمرات آگاهی بین ۰-۲۳ 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 اداری 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 اداری و رعایت نظافت هر کدام با ۳ سؤال و عادات مربوط به رفتار جنسی با ۲ سؤال به صورت سؤالات چند گزینه‌ای که بسته به میزان صحت گزینه‌ها و تعداد گزینه‌های هر سؤال از نمره صفر تا 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، به طوریکه 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 به دست 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 به دست 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 (۰/۹۱۶)، شدت درک شده (۰/۷۱۱)، فواید درک شده (۰/۸۰۲)، موانع درک شده (۰/۶۴۵)، خودکارآمدی (۰/۸۰۸) بود. پایایی سؤالات آگاهی با استفاده از ضریب کودرریچارسون ۰/۶۰۶ به دست آمد. آزمون مجدد در مورد سؤالات عملکرد نیز نشان‌دهنده پایایی مطلوب (I=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 به دست 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، II، 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 مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بوشهر با دامنه سنی ۱۷ تا ۴۰

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 $14/98 \pm 2/79$ از ۲۲ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و درک سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در ۳ سطح ضعیف، متوسط و مطلوب در جدول ۱ گزارش شده است.

سال و میانگین سن ($27/4 \pm 4/4$) 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 علائم 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

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

میانگین و انحراف معیار	سطوح متغیر نوع متغیر		
	مطلوب	متوسط	ضعیف
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
$14/98 \pm 2/79$	۴۴(۱۷/۶)	۱۷۹	۲۷ (۱۰/۸)
$17/61 \pm 4/35$	۲(۰/۸)	۴۵(۱۸/۱)	۲۰۲(۸۱/۱)
$13/95 \pm 3/35$	۹۳(۳۷/۵)	۱۴۲(۵۷)	۱۴(۵/۶)
$6/14 \pm 2/27$	۲۱(۸/۴)	۲۱(۴/۸)	۲۲۵(۹۰/۴)
$19/51 \pm 2/53$	۱۱(۴/۴)	۱۵۲(۶۰/۸)	۸۷(۳۴/۸)
$33/76 \pm 4/89$	۱۸۱(۷۲/۴)	۶۷(۲۶/۸)	۲(۰/۸)

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 ($13/33 \pm 3/07$)، دیپلم ($14/62 \pm 2/78$)، تحصیلات دانشگاهی در رشته‌های غیر علوم پزشکی ($15/55 \pm 2/48$) و علوم پزشکی ($15/50 \pm 3/90$) با یکدیگر متفاوت بودند. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین سطوح مختلف آگاهی ($p=0/026$)، خودکارآمدی ($p=0/002$) و موانع درک شده ($p=0/000$) با نمره

در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری دامنه نمره کل رفتار در محدوده ۱۳-۳۸ ارزیابی گردید. میانگین و انحراف معیار نمره لباس پوشیدن ($5/7 \pm 2/13$) (از حداکثر نمره قابل کسب ۸)، عادات غذایی ($7/6 \pm 2/33$) (از حداکثر نمره قابل کسب ۱۵)، عادات ادراری ($6/51 \pm 1/39$) (از حداکثر نمره قابل کسب ۸)، نحوه نظافت ($4/8 \pm 1/07$) (از حداکثر نمره قابل کسب ۵) و عادات جنسی ($4/01 \pm 0/04$) (از حداکثر نمره قابل کسب ۶) به دست آمد.

در این مطالعه بین عوامل دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد بارداری، شغل و میزان

درصد کمی (۱۷/۶ درصد) از زنان باردار مورد مطالعه از سطح آگاهی مطلوبی در زمینه عفونت اداری برخوردار بودند، به طوری که 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 باقیانی مقدم در زمینه بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت اداری در مادران دارای دختر زیر ۶ سال نشان داد، مادرانی که دارای آگاهی بیشتری در زمینه عفونت اداری 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 اداری به دست آمد باید نسبت به افزایش سطح آگاهی زنان باردار در زمینه عفونت اداری 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 صحرائی و همکاران در زمینه عوامل پیشگویی کننده خودآزمایی پستان بر اساس

انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت اداری 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 اداری 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 اداری داشت.

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

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

بحث

در پژوهش اخیر، ما برای نخستین بار به یافته‌های بالینی بر اساس یافته‌های این مطالعه مشخص شد که

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 به دست 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 افزایشده خودکارآمدی باید گامی مؤثر در ارتقاء رفتارهای بهداشتی سیستم ادراری تناسلی برداشت.

در این مطالعه رابطه معناداری بین فواید درک شده با انجام رفتار در این مطالعه به دست نیامد که هم‌راستا با مطالعات تقدیسی و باقیانی مقدم در این زمینه می‌باشد (۱۲ و ۱۴). طبق نظر شوارزر (Schwarzer) در فرایند عملکرد بهداشتی، فواید 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 سکجینلین (۲۷) در بررسی عوامل مؤثر بر رفتار غربالگری سرطان پستان نیز گویای همین مطلب می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه جانو و تان نشان داد که بین فواید 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 به علت پایین

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 به دست 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، به طوری که افزایش خودکارآمدی سبب رفع موانع و بهبود رفتارهای پیشگیرانه توسط فرد می‌شود (۲۵). یافته‌های مطالعه‌ی باقیانی مقدم و همکاران (۱۴) در زمینه رفتارهای

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.

بودن سطح آگاهی از عوارض مادری و جنینی در گروه مورد مطالعه باشد. نتایج مذکور با مطالعه تقدیمی 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 به علت 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

References:

- Gunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrics. 23nd Ed. New York: McGraw Hill, 2012.
- Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. Eur J Clin Invest 2008; 38: 50-7.
- Jolley JA, Wing DA. Pyelonephritis in pregnancy. Drugs 2010; 70: 1643-55.
- Shahraki AD, Pishva E, Mirbaha S, et al. The prevalence of asymptomatic bacteriuria in pregnant women with and without gestational diabetes. J Isfahan Med Sch 2011; 28: 1214-22. (Persian)
- Babadi A, kabbaj D, Elfazazi H, et al. Urinary tract infection in pregnancy. Saudi J Kidney Dis Transpl 2010; 21: 342-4.
- Lin KW, Brown T. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults. Am Fam Physician 2010; 81: 508.
- Schieve LA, Handler A, Hershov R, et al. Urinary tract infection during pregnancy: Its association with maternal morbidity and prenatal outcome. Am J Public Health. 1994; 84: 405-10.
- 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)
- Fihn SD. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. N Engl J Med 2003; 349: 259-66.
- 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)
- 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)
- 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

- 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. Baghiani Moghadam MH, Shojaezadeh 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 health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese 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 of patient 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 type 2 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 York: 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.

Original Article

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

F. Noroozi¹, 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 $27/4 \pm 4/4$ 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