



## بررسی تعیین کننده‌های رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در شهر یزد

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمود آباد<sup>۱</sup>، زهره کریمیان کاکلی<sup>۲</sup>، بهناز انجذاب<sup>۳</sup>، طاهره سلطانی<sup>۴</sup>

۱. استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد،

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۳۶۶۹۱۰ Email: zohre\_116@yahoo.com

۳. استادیار گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. کارشناس ارشد آموزش بهداشت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

### چکیده

**مقدمه:** عفونت ادراری یکی از شایع‌ترین عوارض بارداری به حساب می‌آید، که با به کارگیری رفتارهای پیشگیری کننده می‌توان از وقوع آن جلوگیری کرد. هدف از مطالعه حاضر تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در شهر یزد بود.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی- مقطعی، بر روی ۱۶۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد انجام شد، که مبتلا به عفونت ادراری بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مبتنی بر ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی بود. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و جداول توزیع فراوانی بیان و با آزمون‌های تی تست تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در میان زنان باردار مورد مطالعه ۶۳/۱٪ (۱۰۱ نفر) نمره آگاهی متوسط و ۳۶/۹٪ (۵۹ نفر) نمره آگاهی خوب داشتند. از نظر نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۷۳/۱٪ (۱۱۷ نفر) نمره موانع درک شده خوب، ۹۵٪ (۱۵۲ نفر) نمره منافع درک شده خوب، ۹۵٪ (۱۵۲ نفر) نمره حساسیت درک شده خوب و ۸۱/۳٪ (۱۳۰ نفر) نمره شدت درک شده خوب داشتند. بین نمره کلی آگاهی با نگرش همبستگی معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۲) ولی همبستگی آگاهی با رفتار (p=۰/۰۸) و همبستگی نگرش با رفتار (p=۰/۰۹) معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج نیاز است که در مداخلات آتی بر سازه موانع درک شده در جهت پیشگیری از عفونت ادراری تمرکز شود و همچنین رفتارهای مربوط به عادات غذایی و نظافت بیشتر مد نظر قرار گیرد، همچنین لزوم مشارکت خانواده، همسر و رسانه‌های جمعی در طراحی برنامه‌های آموزشی ضروری است.

**واژه‌های کلیدی:** عفونت ادراری، زنان باردار، مدل اعتقاد بهداشتی

## طوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی  
دانشکده بهداشت یزد  
سال پانزدهم  
شماره: اول  
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵  
شماره مسلسل: ۵۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۹

عفونت ادراری یکی از شایعترین عوارض بارداری محسوب می شود که می تواند به شکل علامت دار یا بدون علامت باشد و می تواند مجاری ادراری، مثانه و کلیه را درگیر کند (۱، ۲). عفونت ادراری دومین مشکل بالینی است که در صورتی که به طور صحیح درمان نشود بر حاملگی و جنین تاثیر می گذارد (۳). نکته قابل توجهی که زنان از آن رنج می برند ابتلا به عفونت ادراری راجعه است، بطوری که تحقیقات نشان داده ۳۰-۲۰ درصد زنان به دنبال ابتلا به عفونت ادراری اولیه به تعداد دوبار یا بیشتر دچار عفونت ادراری راجعه و ۵ درصد از آنان دچار عفونت ادراری راجعه مزمن می شوند (۴). مطالعات مختلفی در زمینه شیوع عفونت ادراری به خصوص باکتریوری بدون علامت در جهان و ایران انجام شده و یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده در کشور شیوع باکتریوری بدون علامت را بین ۱۱-۶ درصد گزارش کرده‌اند (۵). زنان با سابقه عفونت ادراری در معرض خطر افزایش عفونت ادراری در دوران بارداری هستند، ۴۰ تا ۵۰ درصد از زنان در طول عمرشان حداقل یکبار به عفونت ادراری علامت دار مبتلا می شوند (۶). پس از عفونت اولیه بسیاری از زنان دچار عود پراکنده و ۳ تا ۵ درصد دچار عفونت ادراری راجعه دستگاه ادراری می شوند (۷). شیوع باکتریوری در حاملگی در مطالعات مختلف ۴-۱۰ درصد ذکر شده است (۸، ۵، ۲). شیوع عفونت ادراری در زنانی که وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین تری دارند، بیشتر است (۹). بعضی مطالعات اشاره داشتند که رژیم غذایی ممکن است در خطر ابتلا



به عفونت ادراری موثر باشد (۱۰). عفونت ادراری در زنان باردار با افزایش سن، تعداد زایمان، تعداد مقاربت در هفته، بیماری دیابت، بیماری سیکل سل مغلوب و سابقه قبلی عفونت ادراری افزایش می یابد. عفونت ادراری علاوه بر تحمیل هزینه‌های سنگین در جامعه، در زنان باردار باعث بروز عوارض گوناگونی بر روی مادر و جنین از جمله زایمان زودرس، محدودیت رشد داخل رحمی، عقب ماندگی ذهنی و تاخیر تکامل در نوزاد، عفونت استرپتوکوک B در نوزاد، افزایش خطر مرگ و میر، آنمی مادر، پیلونفریت، سپسیس و شوک مادر می شود (۹). نتایج مطالعات نشان داده است که در کودکان زودرس و آنهایی که با وزن کم به دنیا می آیند، نمرات ضریب هوشی پایین تر و ناهنجاری عصبی بیشتر بوده است. پیلونفریت حاد یا عفونت کلیه ها رایجترین علت بستری زنان باردار قبل از زایمان است و در صورتی که باکتریوری بدون علامت درمان نشود، یک سوم زنان دچار پیلونفریت خواهند شد. زنان باردار حتی اگر فوراً هم درمان شوند باز تعداد چشمگیری از آنها نوزادان کم وزن به دنیا می آورند، مرگ و میر جنین در آنها افزایش می یابد، دچار کم خونی، مسمومیت حاملگی، پاره شدن زودرس پرده‌های جنینی، نارسائی تنفسی و خطر سپتیمی و شوک می شوند (۴، ۳). تشخیص باکتریوری برای پیشگیری از این عوارض بسیار اهمیت دارد (۲). انتخاب یک مدل برای آموزش بهداشت اولین گام در فرایند برنامه ریزی هر برنامه آموزشی است، یکی از این مدل‌ها مدل اعتقاد بهداشتی است، تغییر رفتار بهداشتی مردم و مشارکت آنها در تغییر رفتارشان یکی از مهم ترین اهداف آموزش



بهداشت می باشد. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمایی برای عمل و خودکارآمدی است. مدل اعتقاد بهداشتی در مداخلات کوتاه، برای تغییرات خاص و در برنامه های پیشگیری کننده مناسب است (۴). با توجه به اینکه الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده مورد استفاده است و از طرفی عفونت ادراری نیز با تغییر رفتار قابل پیشگیری است، هدف از مطالعه حاضر تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در شهر یزد است. با توجه به اینکه چنین مطالعه‌ای در یزد انجام نگرفته، امید است نتایج این مطالعه در برنامه‌ریزی‌های ارتقا سلامت زنان باردار استفاده شود.

**روش بررسی**

مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی بوده و جامعه مورد بررسی کلیه زنان باردار مبتلا به عفونت ادراری بودند که به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه می‌کردند، با در نظر گرفتن  $d=0.30$  و  $a=0.05$  حجم نمونه ۱۶۰ نفر برآورد شد که با نمونه گیری تصادفی به صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند و مورد پرسش قرار گرفتند. از بین مراکز بهداشتی، ۴ مرکز در ۴ نقطه شهر به طور تصادفی انتخاب شدند و یکی از محققین در شیفت صبح در مراکز حضور می‌یافت و از افراد واجد شرایط جهت شرکت در مطالعه تقاضا به عمل می‌آمد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر چهار بخش بود بخش اول در بردارنده عوامل واسطه‌ای از قبیل اطلاعات دموگرافیک و میزان آگاهی در زمینه

عفونت ادراری با دامنه نمره (۰-۳۰) و بخش دوم شامل سازه راهنمای عمل با سه سوال و دامنه نمره (۰-۳) بوده است. بخش سوم شامل ۱۹ سوال نگرش (موانع درک شده با دامنه نمره (۱۵-۵)، منافع درک شده با دامنه نمره (۱۵-۵)، حساسیت درک شده با دامنه نمره (۱۲-۴) و بخش چهارم شامل سوالات مربوط به رفتار پیشگیری کننده (لباس پوشیدن، عادت غذایی، عادت ادراری، رعایت نظافت، عادات مربوط به رفتار جنسی) بوده است. روایی پرسشنامه در مطالعه تقدیسی و همکاران انجام و پایایی آن به روش آزمون مجدد ۰/۸۳ محاسبه شده است (۴). پرسشنامه در مراکز بهداشتی درمانی بین زنان باردار مراجعه کننده توزیع و همزمان توضیحات لازم برای پاسخگویی مناسب به سوالات داده شد. در قسمت آگاهی برای هر جواب درست نمره ۱ و هر جواب غلط نمره ۰، در بخش سوالات راهنمای عمل برای هر گزینه بلی نمره ۱ و برای هر گزینه خیر نمره ۰ در نظر گرفته شد. سوالات مربوط به نگرش براساس مقیاس لیکرت سه تایی (موافق، مخالف، بی نظر) تنظیم شد. در این بخش برای هر نگرش موافق بودن نمره ۲، بی نظربودن نمره ۱ و مخالف بودن نمره ۰ در نظر گرفته شد. سوالات رفتارهای پیشگیری کننده براساس مقیاس چهارتایی (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ وقت) با نمره ۴ برای گزینه همیشه، نمره ۳ برای گزینه گاهی اوقات، نمره ۲ برای گزینه ندرت و نمره ۱ برای گزینه هیچ وقت تنظیم شد. در هر سه بخش آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده فاصله بین کمترین و بیشترین نمره آزمون به طور قراردادی به سه دسته ضعیف،

معتدل و قوی تقسیم شده است. ضریب همبستگی بین بخش‌ها و کل نمره آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده به روش پیرسون محاسبه شد و ضریب همبستگی بین نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده به روش اسپیرمن رتبه‌ای محاسبه شد. جهت تعیین تفاوت بین نمره آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده در زنان باردار مبتلا به عفونت ادراری و زنان باردار بدون عفونت ادراری از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت تعیین تفاوت بین نمره آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده در زنان باردار مبتلا به عفونت ادراری و زنان باردار بدون عفونت ادراری از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت تعیین تفاوت بین نمره آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده در زنان باردار مبتلا به عفونت ادراری و زنان باردار بدون عفونت ادراری از آزمون تی مستقل استفاده شد.



زندگی می‌کردند و تعداد زایمان یکبار (۴۸/۸٪) بیشترین فراوانی را در آنها داشت.

در سازه راهنما برای عمل ۱۲۷ نفر از (۷۹/۴٪) زنان باردار مورد مطالعه از طریق همسران، ۱۲۷ نفر (۷۹/۴٪) از طریق خانواده و ۸۹ نفر (۵۵/۶٪) از طریق وسایل ارتباط جمعی برای پیشگیری از عفونت‌های ادراری راهنمایی شده بودند. در میان زنان باردار مورد مطالعه ۱۰۱ نفر (۶۳/۱٪) نمره آگاهی متوسط و ۵۹ نفر (۳۶/۹٪) نمره آگاهی خوب داشتند. از نظر نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۱۱۷ نفر (۷۳/۱٪) نمره موانع درک شده خوب، ۱۵۲ نفر (۹۵/۰٪) نمره منافع درک شده خوب، ۱۵۲ نفر (۹۵/۰٪) نمره حساسیت درک شده خوب، ۱۳۰ نفر (۸۱/۳٪) نمره شدت درک شده خوب و ۱۲۹ نفر (۸۰/۶٪) نمره راهنما برای عمل خوب داشتند (جدول ۱).

متوسط و خوب طبقه‌بندی شد. داده‌های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف و آزمون‌های هم‌بستگی و آزمون تی مستقل برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. مقدار  $p < 0/05$  نیز به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سن زنان باردار شرکت کننده در مطالعه  $26/86 \pm 4/64$  سال بود. ۶۰ نفر (۳۷/۵٪) از زنان تحصیلات دانشگاهی داشتند که بیشترین فراوانی را داشت. از نظر اشتغال، ۱۴۰ نفر (۸۷/۵٪) خانه دار بودند. تحصیلات ۶۴ نفر (۴۰٪) از همسران این زنان دیپلم بود. از نظر وضعیت اشتغال همسران ۴۸ نفر (۳۰٪) با شغل کارگری بیشترین فراوانی را داشتند. اکثریت آنها ۱۵۹ نفر (۹۹/۴٪) در شهر

جدول ۱: توزیع نمره آگاهی و موانع، منافع، حساسیت و شدت درک شده عفونت ادراری در زنان باردار مورد مطالعه

سطح متغیر	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه نمره قابل اكتساب
نمره آگاهی	(۰)۰	(۶۳/۱)۱۰۱	(۳۶/۹)۵۹	$18/44 \pm 2/72$	۰-۳۰
نمره موانع درک شده	(۵/۰)۸	(۲۱/۹)۳۵	(۷۳/۱)۱۱۷	$11/59 \pm 2/09$	۵-۱۵
نمره منافع درک شده	(۱/۹)۳	(۳/۱)۵	(۹۵/۰)۱۵۲	$14/08 \pm 1/70$	۵-۱۵
نمره حساسیت درک شده	(۰)۰	(۵/۰)۸	(۹۵/۰)۱۵۲	$13/76 \pm 1/59$	۵-۱۵
نمره شدت درک شده	(۳/۸)۶	(۱۵/۰)۲۴	(۸۱/۳)۱۳۰	$10/72 \pm 1/79$	۴-۱۲
نمره راهنما برای عمل	(۸/۱)۱۳	(۱۱/۳)۱۸	(۸۰/۶)۱۲۹	$2/17 \pm 0/94$	۰-۳



جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ به سوالات موانع درک شده و منافع درک شده عفونت ادراری در زنان باردار مورد مطالعه

جمع درصد	بی نظر تعداد(درصد)	غلط تعداد(درصد)	صحیح تعداد(درصد)	سوالات
۹۵/۶	(۱۳/۸)۲۲	(۴۱/۳)۶۶	(۴۰/۶)۶۵	سوالات موانع درک شده
۹۸/۸	(۸/۱)۱۳	(۱۹/۴)۳۱	(۷۱/۳)۱۱۴	من راه‌های پیشگیری از عفونت ادراری را نمی دانم. به طور ایستاده حمام گرفتن برای من سخت است. عدم تخلیه مثانه قبل از نزدیکی برای من خوشایند نیست. پوشیدن شلوارهای گشاد جهت پیشگیری از عفونت ادراری را دوست ندارم.
۹۵/۶	(۲۳/۸)۳۸	(۱۰/۰)۱۶	(۶۱/۹)۹۹	به نظرم عفونت ادراری قابل پیشگیری نیست، چون افرادی را می شناسم که خیلی نکات بهداشتی را رعایت می کنند ولی باز به عفونت ادراری دچار می شوند.
۹۷/۵	(۱۶/۳)۲۶	(۲۳/۱)۳۷	(۵۸/۱)۹۳	با پیشگیری صحیح از عفونت ادراری، خانم باردار از مشکلاتی که ممکن است در اثر ابتلا به آن برای خودش پیش بیاید جلوگیری می کند.
۹۸/۸	(۲۰/۰)۳۲	(۲۰/۶)۳۳	(۵۸/۱)۹۳	با پیشگیری صحیح از عفونت ادراری، خانم باردار از مشکلاتی که ممکن است در اثر ابتلا به آن نوزادش پیش بیاید جلوگیری می کند.
۹۶/۳	(۶/۹)۱۱	(۶/۳)۱۰	(۸۳/۱)۱۳۳	با پیشگیری صحیح و به موقع از عفونت ادراری، هزینه های اضافی درمان، کاهش می یابد.
۹۸/۱	(۴/۴)۷	(۳/۸)۶	(۹۰/۰)۱۴۴	با پیشگیری صحیح و به موقع از عفونت ادراری، نگرانی و استرس مربوط به عوارض آن، کاهش می یابد.
۹۷/۵	(۵/۶)۹	(۳/۸)۶	(۸۸/۱)۱۴۱	پیشگیری از عفونت ادراری از زایمان زودرس جلوگیری می کند.
۹۷/۵	(۵/۶)۹	(۴/۴)۷	(۸۷/۵)۱۴۰	
۹۷/۵	(۲۰/۶)۳۳	(۵/۰)۸	(۷۱/۹)۱۱۵	

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخ به سوالات حساسیت درک شده و شدت درک شده عفونت ادراری در زنان باردار مورد مطالعه

جمع درصد	بی نظر تعداد(درصد)	غلط تعداد(درصد)	صحیح تعداد(درصد)	سوالات
۹۷/۵	(۱۱/۳)۱۸	(۱۱/۹)۱۹	(۷۴/۴)۱۱۹	سوالات حساسیت درک شده
۹۶/۹	(۸/۸)۱۴	(۳/۱)۵	(۸۵/۰)۱۳۶	چون من باردار هستم، بیشتر از زنان دیگر در خطر ابتلا به عفونت ادراری هستم. من هم ممکن است به عفونت ادراری مبتلا شوم.
(۹۷/۵)	(۱۱/۳)۱۸	(۴/۴)۷	(۸۱/۹)۱۳۱	چون مادر و خواهرم مبتلا به عفونت ادراری نشده اند، من هم مبتلا نمی شوم.
۹۶/۳	(۶/۹)۱۱	(۷/۵)۱۲	(۸۱/۹)۱۳۱	شرایط زندگی من خوب است، بنابراین دچار عفونت ادراری نمی شوم.
۹۵/۶	(۱۳/۱)۲۱	(۷/۵)۱۲	(۷۵/۰)۱۲۰	من به قدری سالم هستم، که بدنم در مقابل ابتلا به عفونت ادراری مقاوم باشد.
۹۶/۳	(۷/۵)۱۲	(۷/۵)۱۲	(۸۱/۳)۱۳۰	سوالات شدت درک شده
۹۶/۳	(۱۰/۰)۱۶	(۸/۱)۱۳	(۷۸/۱)۱۲۵	عفونت ادراری مسئله جدی نبوده و بدون هیچ اقدامی بهبود می یابد.
۹۶/۳	(۲۲/۵)۳۶	(۷/۵)۱۲	(۶۶/۳)۱۰۶	در صورت ابتلا به عفونت ادراری، جنین من در معرض خطر خواهد بود.
۹۶/۳	(۲۱/۳)۳۴	(۷/۵)۱۲	(۶۷/۵)۱۰۸	عفونت ادراری مسئله جدی است، که حتی باعث کم وزنی نوزاد می شود.
				به نظرم عفونت ادراری مسئله جدی بوده، چون باعث زایمان زودرس می شود.



نظافت ۸۰٪ (۵۰٪) و در قسمت عادات جنسی ۱۱۷ (۷۳/۱٪) از زنان باردار نمره کارآمدی خوب در مورد پیشگیری از عفونت ادراری داشتند (جدول ۴)

نتایج حاصل از آزمون همبستگی نشان داد که بین نمره کلی آگاهی با نگرش همبستگی معنی داری وجود داشت ( $p=0/02$ ) ولی همبستگی آگاهی با رفتار ( $p=0/08$ ) و همبستگی نگرش با رفتار ( $p=0/09$ ) معنی دار نبود. در بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نمره شدت درک شده با نمره آگاهی ( $p=0/02$ )، موانع درک شده ( $p=0/02$ )، منافع درک شده ( $p=0/00$ ) و حساسیت درک شده ( $p=0/00$ ) همبستگی معنی داری داشت. همچنین نمره منافع درک شده با حساسیت درک شده ( $p=0/00$ ) همبستگی معنی داری داشت. بین نمره راهنما برای عمل با سازه‌های دیگر همبستگی معنی داری وجود نداشت (جدول ۵).

کمترین پاسخ صحیح در سوالات موانع درک شده با ۴۰/۶٪ مربوط به گزینه "من راههای پیشگیری از عفونت ادراری را نمی دانم"، در سوالات منافع درک شده با ۷۱/۹٪ مربوط به گزینه "پیشگیری از عفونت ادراری از زایمان زودرس جلوگیری می کند"، در خصوص سوالات حساسیت درک شده با ۷۴/۴٪ مربوط به گزینه "چون من باردار هستم، بیشتر از زنان دیگر در خطر ابتلا به عفونت ادراری هستم" و در خصوص سوالات شدت درک شده با ۶۶/۳٪ مربوط به گزینه "عفونت ادراری مسئله جدی است، که حتی باعث کم وزنی نوزاد می شود" بود. توزیع فراوانی پاسخ به سوالات مربوط به سازه‌های موانع درک شده، منافع درک شده، حساسیت درک شده و شدت درک شده در جداول ۲ و ۳ آمده است.

در مورد رفتارهای لباس پوشیدن ۱۴۶ (۹۱/۳٪)، عادات غذایی ۲۳ (۱۴/۴٪)، در قسمت عادات ادراری ۱۰۹ (۶۸/۱٪)، در بخش

جدول ۴: توزیع نمره رفتار پیشگیری کننده (نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه نظافت، عادات رفتار جنسی) در زنان باردار مورد

## مطالعه

متغیر	سطح	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه نمره قابل اکتساب
نمره نحوه لباس پوشیدن		(۰)۰	(۸/۸)۱۴	(۹۱/۳)۱۴۶	۱۰/۳۲ $\pm$ ۱/۲۱	۳-۱۲
نمره عادات غذایی		(۸/۸)۱۴	(۷۶/۹)۱۲۳	(۱۴/۴)۲۳	۱۴/۶۴ $\pm$ ۲/۴۲	۶-۲۴
نمره عادات ادراری		(۱/۳)۲	(۳۰/۶)۴۹	(۶۸/۱)۱۰۹	۱۲/۴۹ $\pm$ ۲/۱۴	۴-۱۶
نمره عادات نحوه نظافت		(۰/۶)۱	(۴۹/۴)۷۹	(۵۰/۰)۸۰	۱۷/۴۸ $\pm$ ۲/۱۳	۶-۲۴
نمره عادات رفتار جنسی		(۰/۶)۱	(۲۶/۳)۴۲	(۷۳/۱)۱۱۷	۲۱/۷۹ $\pm$ ۲/۵۶	۷-۲۸



جدول ۵: نتایج حاصل از آزمون همبستگی بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار مورد مطالعه

مطالعه							متغیر
آگاهی	موانع درک شده	منافع درک شده	حساسیت درک شده	شدت درک شده	نمره راهنما برای عمل	رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری	
۱							
آگاهی							
موانع درک شده	۱						
منافع درک شده	۱	۱					
حساسیت درک شده	۱	۱	۱				
شدت درک شده	۱	۱	۱	۱			
نمره راهنما برای عمل	۱	۱	۱	۱	۱		
رفتار پیشگیری کننده از عفونت ادراری	۱	۱	۱	۱	۱	۱	

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

و رسانه‌ها دریافت کردند، مطالعه تقدیمی و همکاران نشان داد ۶۲/۷٪ از زنان باردار از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی جهت پیشگیری از عفونت ادراری راهنمایی شده بودند (۴). در مطالعه یزدی و همکاران در دانش آموزان دبیرستانی هشترگرد، مهمترین منبع کسب آگاهی از راه‌های انتقال و پیشگیری از HIV تلویزیون اعلام شد (۱۱). بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از رسانه‌های جمعی، پیام‌ها و تبلیغات آموزشی در راستای پیشگیری از عفونت ادراری برای زنان باردار موثر واقع شود.

نتایج نشان داد که ۳۶/۹٪ از زنان باردار آگاهی خوبی در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری داشتند و ۹۵٪ نمره حساسیت درک شده و منافع درک شده خوب داشتند، این درحالی است که در ۷۳/۱٪ نمره موانع درک شده خوب بوده است. همسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه تقدیمی و همکاران نیز سازه موانع درک شده نمره کمتری نسبت به سازه‌های دیگر داشت (۴). در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نتایج نشان داد

## بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان باردار براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی صورت گرفت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۷۹/۴٪ از زنان از طریق خانواده (مادر، خواهر و...) و ۷۹/۴٪ از طریق همسر اطلاعات لازم را در جهت پیشگیری از عفونت ادراری دریافت کردند، مطالعه تقدیمی و همکاران نشان داد ۶۸/۲٪ از زنان باردار از طریق همسران و ۷۱/۸٪ از طریق خانواده (مادر، خواهر و...) راهنمایی لازم را جهت پیشگیری از عفونت ادراری دریافت کرده‌اند (۴). بنابراین با توجه به نقش گسترده این افراد در راهنمایی زنان باردار توصیه می‌شود در برنامه‌های پیشگیری از عفونت ادراری از مشارکت این گروه استفاده شود.

نتایج همچنین نشان داد که ۵۵/۶٪ از زنان باردار راهنمایی لازم برای پیشگیری از عفونت ادراری را از طریق وسایل ارتباط جمعی



رفتارهایی که در مورد آنها عملکرد پایینتری مشاهده شد مثل نحوه نظافت تاکید گردد.

نتایج نشان داد که همبستگی بین نمره کلی آگاهی و نگرش مستقیم و معنی دار بود ولی بین نمره نگرش با رفتار و آگاهی با رفتار همبستگی معنی داری وجود نداشت. در مطالعه مظلومی و همکاران نتایج نشان داد که بین آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت همبستگی وجود ندارد، که همسو با نتایج مطالعه حاضر است (۱۴). بنابراین می‌توان اینطور توجیه کرد که هرچند رابطه بین آگاهی، نگرش و رفتار به راحتی قابل تفسیر نیست ولی با افزایش آگاهی، نگرش نیز افزایش یافته، اما در رفتار تاثیرگذار نبوده است، می‌توان گفت که فرد ممکن است قصد انجام رفتاری را داشته باشد ولی با وجود موانع هنوز نتوانسته آن رفتار را عملی کند. در واقع این یافته یادآوری می‌کند که افزایش آگاهی افراد در معرض خطر عفونت ادراری لزوماً منجر به ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از آن نخواهد شد و برای دستیابی به خود مدیریتی بلند مدت، ایجاد تغییر در نگرش‌ها و انگیزش افراد مهمتر از افزایش آگاهی به تنهایی است (۱۴).

نمره شدت درک شده با آگاهی، موانع، منافع و حساسیت درک شده ارتباط دارد یعنی هرچه فرد نسبت به جدیت و عوارض بیماری درک بیشتری داشته باشد، آگاهی او در مورد بیماری، درک نسبت به موانع انجام رفتار، درک نسبت به منافی که انجام رفتار دارد و درک نسبت به حساس بودن و در معرض بیماری بودن افزایش یافته است. همچنین با افزایش شدت درک شده، نمرات نحوه لباس پوشیدن و رفتار مربوط به عادات ادراری افزایش یافته

که موانع درک شده به عنوان یک سازه قوی در رفتارهای محافظت کننده سلامتی موثر است (۱۲)، اگر یک فرد درک کند که حتی بدون داشتن علائم بیماری در معرض ابتلا به آن بیماری است، این حساسیت منجر به رفتار پیشگیری کننده می‌شود (۱۳). این نشان می‌دهد که زنان باردار خطر عفونت ادراری را به خوبی درک می‌کنند و همچنین درک بالایی از منافع پیشگیری از عفونت ادراری دارند و با اینکه نسبت به موانع موجود برای پیشگیری از عفونت ادراری نیز درک خوبی دارند ولی میزان آن نسبت به دو سازه قبلی کمتر است، بنابراین ضروری است که در مطالعات آینده، سازه موانع درک شده به عنوان نقطه مداخله مورد توجه قرار گیرد.

نتایج مربوط به توزیع فراوانی پاسخ به سوالات مربوط به سازه‌ها نشان می‌دهد که درصد پاسخ‌های صحیح به سوالات موانع درک شده نسبت به دیگر سازه‌ها کمتر است و با توجه به این نکته باید بر روی موارد مطرح شده در این سازه تمرکز بیشتری شود و در خصوص رفع این موانع اقداماتی صورت گیرد.

در بین زنان مورد مطالعه ۹۱/۳٪ در مورد رفتار مربوط به لباس پوشیدن نمره خوبی گرفتند در حالی که کمترین نمره خوب مربوط به رفتارهای عادات غذایی و بعد از آن نحوه نظافت بود. در مطالعه تقدیسی و همکاران نیز بالاترین نمره خوب مربوط به نحوه لباس پوشیدن بود (۴) که همسو با مطالعه حاضر است ولی در مطالعه مذکور کمترین نمره خوب مربوط به رفتارهای جنسی بود. تفاوت در فرهنگ و برخی عادات را می‌توان توجیه احتمالی این نتیجه بیان کرد. بنابراین در خصوص برنامه‌های آموزشی نیاز است که بر





با توجه به نتایج می‌توان دریافت که حساسیت درک‌شده و منافع درک‌شده در مورد عفونت ادراری در زنان باردار خوب است ولی موانع درک‌شده در سطح متوسط قرار دارد. بنابراین تاکید بر این سازه در مطالعات آتی و مداخلات در جهت پیشگیری از عفونت ادراری ضرورت دارد. درخصوص رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری، رفتارهای مربوط به عادات غذایی و نحوه نظافت نیاز به توجه بیشتری دارد.

پیشنهاد می‌گردد در خصوص رفتارهای جنسی و عادات بهداشتی برای آموزش برنامه ریزی شده در مراکز بهداشتی اقداماتی صورت پذیرد. امید است نتایج این مطالعه بتواند در طراحی برنامه‌های آموزشی در راستای پیشگیری از عفونت ادراری در زنان باردار موثر واقع شود.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود، از معاونت پژوهشی این دانشگاه که هزینه این طرح را تقبل نمودند کمال تشکر را داریم. همچنین از جناب آقای دکتر تقدیسی و خانم نژادصادقی برای در اختیار گذاشتن پرسشنامه استاندارد شده و پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد و زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه سپاسگزاریم.

است. نتایج مطالعه لین و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بین شدت درک‌شده و تهدید درک‌شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۵)، نتایج مطالعه مظلومی و همکاران نشان داد که بین حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده افراد مورد مطالعه با انجام رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت همبستگی معنی‌دار وجود داشت (۱۴)، که نتیجه مطالعه حاضر با این نتایج همخوانی داشت. بنابراین تاکید بر سازه شدت درک‌شده در مداخلات ضروری به نظر می‌رسد. همچنین نتایج نشان داد با افزایش نمره منافع درک‌شده، فرد حساسیت بیشتری نسبت به بیماری پیدا کرده و رفتار مربوط به لباس پوشیدن نیز بهتر شده است. همسو با نتایج مطالعه ما نتایج مطالعه دواتی و همکاران نشان داد سازه منافع درک‌شده بیشترین ارتباط را با اتخاذ رفتارهای محافظت کننده در برابر خورشید در زنان دارد (۱۶). در مورد رفتارهای پیشگیری کننده، بین رفتار لباس پوشیدن، نحوه نظافت و رفتار جنسی رابطه مستقیم وجود داشت. در مطالعه نصیری امیری و همکاران نتایج نشان داد که رفتارهای جنسی و عادات بهداشتی نقش بسیار مهمی در ایجاد عفونت ادراری دارند (۹)، نتایج مطالعه جواهری طهرانی و همکاران حاکی از اهمیت بهداشت لباس در پیشگیری از عفونت ادراری بود (۱۷)، که نتایج مطالعه حاضر همسو با این نتایج بود.

### References

- 1- Haider G, Zehra N, Munir A, Haider A. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. J Pak Med Assoc 2010; 60(3): 213-6.



- 2- Shirazi M, Ranjbar R, Daneshyar E, Sadeghian S, Saadeghifard N. Etiology and antimicrobial resistance of urinary tract infections in asymptomatic pregnant women attending health centers in Hamadan University of Medical Sciences. *J Infect Diseases* 2007; 12(36): 53-8. [Persian]
- 3- Taghdisi M, 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(1): 126-36. [Persian]
- 4- Taghdisi M, NejadSadeghi E. Evaluation of pregnant women in the field of urinary tract infection according to the components of health belief model. *J Jahrom Uni Med Sc* 2011; 8(4): 37-42. [Persian]
- 5- Danesh Shahraki A, Pishva E, Mirbaha S, Arabzadeh A. The Prevalence of Asymptomatic Bacteruria in Pregnant Women with and without Gestational Diabetes. *J Isfahan Med School* 2010; 28(118): 1214-22. [Persian]
- 6- Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med* 2002; 113(1): 5-13.
- 7- Fihn SD. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *New Eng J Med* 2003; 349(3): 259-66.
- 8- Ebadi M, Rahmanian F. The relationship between pregnancy weight gain and the incidence of urinary tract infection in pregnant women attending public clinics Iarrestan city. *J World Microbio* 2009; 2(3): 177-82. [Persian]
- 9- Nasiri Amiri F, Hasanjani Roshan M, Haji Ahmadi M, Akbarzadeh Pasha Z. The role of health behaviors on incidence of urinary tract infection in pregnant women attending health centers in Babol city (83-1381). *J Babol Uni Med Sci* 2006; 8(2): 56-62. [Persian]
- 10- Kontiokari T, Laitinen J, Järvi L, Pokka T, Sundqvist K, Uhari M. Dietary factors protecting women from urinary tract infection. *Am J Clin Nutr* 2003; 77(3): 600-4.
- 11- Yazdi C, Aschbacher K, Arvantaj A, Naser H, Abdollahi E, Asadi A, et al. Knowledge, attitudes and sources of information regarding HIV/AIDS in Iranian adolescents. *AIDS care* 2006; 18(8): 1004-10. [Persian]



- 12- Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Med Uni J* 2009; 12(3): 57-66. [Persian]
- 13- Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A. Effect of health education based on health belief model on prevent action of AIDS on addict in Zaradieh. *Gilan Univ Med Sci J*. 2008; 18(70): 64-73. [Persian]
- 14- Mazloomy S, Mirzaei A, Afkhami Ardakani M, Baghianimoghadam M, falahzadeh H. The role of health beliefs and behaviors in the prevention of type 2 diabetes in people at risk. *J Shahid Sadoughi Yazd Uni Med Sci* 2010; 18(1): 24-31. [Persian]
- 15- Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Edu Preven* 2005; 17(5): 469-83.
- 16- Davati A, Moradi M. HBM model and preventive of cancer skin Proceedings of the 3th national congress on health education and promotion. Hamedan : Iran; 2008:88. [Persian]
- 17- Javaheri Tehrani F, Nikpour s. Effect of education based on health belief model on preventive behaviors of urinary tract infections in women. *Nurs Midwifery Care J* 2013; 3(1): 1-11. [Persian]



## Determinants of Preventive Behaviors of Urinary Tract Infections in Pregnant Women Based on the Constructs of Health Belief Model in Yazd

MazloomiMahmoodabad SS(PhD)<sup>1</sup>, KarimianKakolaki Z(MSc)<sup>2</sup>, Enjezab B(MSc)<sup>3</sup>, Soltani T(MSc)<sup>4</sup>

1. Professor, Research Centre on Social Determinants of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding Author: MSc of Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. Assistant Professor, Department of Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
4. MSc of Health Education, Research Centre on Social Determinants of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

### Abstract

**Introduction:** Urinary tract infection is considered as one of the most common complications of pregnancy, which can be avoided via adopting preventive behaviors. Hence, the present study aimed to investigate determinants of preventive behaviors of urinary tract infection in pregnant women based on the constructs of Health Belief Model in Yazd.

**Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted on 160 pregnant women referred to health centers of Yazd, suffering from urinary tract infection, who were selected via purposive sampling method. In order to glean the study data, a questionnaire based on the Health Belief Model construct was applied and then the study data were analyzed using SPSS Software (ver.18) via frequency tables and t-test.

**Results:** Among the pregnant women, 63.1% (101 patients) demonstrated average score of knowledge and 36.9% (59 patients) had good knowledge. Regarding the constructs of Health Belief Model, 73.1% (117) had good score of perceived barriers, 95% (152) demonstrated good perceived benefits, 95% (152) reported good perceived susceptibility, and 81.3% (130) scored a good level of perceived severity. Moreover, a significant correlation was observed between the total score of knowledge and attitude ( $p=0.02$ ), though the correlation between the behavior and knowledge ( $p=0.08$ ) as well as attitude and behavior ( $p=0.09$ ) were not proved to be significant.

**Conclusions:** According to the results, further structural intervention needs to focus on perceived barriers in order to prevent the urinary tract infections. Furthermore, behaviors related to eating and hygiene habits should be considered further and the importance of family, wife and the media involvement seem to be essential in designing the training programs.

**Keywords:** Health belief model; Pregnant women; Urinary tract infection