ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار شهر زاهدان در زمینه عفونت‌های ادراری بر مبنای ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی

سیده فاطمه رحیمی[1]، ایرج ضاربان[2]، مهناز شهرکی‌پور[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: عفونت ادراری یکی از شایع‌ترین عفونت‌های زنان به شمار می‌رود و در دوران بارداری به علت تغییراتی که در بدن رخ می‌دهد، احتمال ابتلا به آن بیشتر می‌شود و به علت عوارض بالقوه‌ای که بر مادر و جنین دارد، بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی و نگرش زنان باردار درباره عفونت‌های ادراری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۱۴۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زاهدان انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای چند بخشی شامل اطلاعات فردی، آگاهی، سؤالات اجزای مدل (ادراک) و رفتار بود. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظر استادان (۸۱ درصد) و پایایی آن با محاسبه ضریب Cronbach's alpha (۶۷ درصد) تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Pearson، Independent t و ANOVA در نرم‌افزار آماری SPSS و با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴/۰۰ ± ۲۲/۵۵ سال بود و ۶۴/۳ درصد از آن‌ها تحصیلات کمتر از ۹ سال داشتند. نمره آگاهی فقط در ۲۴/۹ درصد افراد خوب برآورد شد. نمره حساسیت درک شده در ۴۰/۴ درصد ، شدت درک شده در ۴۹/۷ درصد، موانع درک شده در ۵۶/۱ درصد، منافع درک شده در ۶۱/۰ درصد و رفتار در ۳۸/۰ درصد از شرکت کنندگان، خوب ارزیابی گردید. بین افراد شاغل و خانه‌دار از نظر آگاهی اختلاف معنی‌داری وجود داشت و بین نمره آگاهی با نمرات همه اجزای مدل همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، میزان آگاهی مشارکت کنندگان در زمینه عفونت ادراری ضعیف است و نگرش و رفتار آنان نیز در سطح متوسطی قرار دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که جلسات و کلاس‌های آموزشی با هدف ارتقای آگاهی، نگرش و رفتار زنان در زمینه عفونت ادراری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی که چارچوب و خط‌مشی را مشخص می‌کند، برگزار گردد.

واژه‌های کلیدی: عفونت ادراری زنان، بارداری، آگاهی، نگرش، رفتار، مدل اعتقاد بهداشتی

ارجاع: فاطمه رحیمی سیده، ضاربان ایرج، شهرکی‌پور مهناز. **ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار شهر زاهدان در زمینه عفونت‌های ادراری بر مبنای ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۱): ۱۱۸-۱۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۱۷

مقدمه

عفونت ادراری یکی از شایع‌ترین عفونت‌ها در مردان و زنان و در همه گروه‌های سنی و دومین عفونت شایع پس از عفونت تنفسی در جامعه است (۱). حدود ۴۰ درصد از زنان حداقل یک بار در طول عمر خود به عفونت ادراری مبتلا می‌شوند که شیوع آن در دوران بارداری ۷-۲ درصد و در برخی منابع تا ۱۰ درصد هم گزارش شده است. همچنین، عفونت‌های دستگاه ادراری دومین عارضه طبی شایع در دوران بارداری بعد از کم‌خونی محسوب می‌گردد که اگر درست کنترل نشود، می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر نتیجه بارداری داشته باشد (۲). تحقیقات ۴۰ ساله اخیر بیانگر اهمیت باکتریوری دوران حاملگی است که در ایجاد اختلالات مادر و جنین نقش مهمی ایفا می‌کند. از جمله این اختلالات می‌توان به فشار خون، آمنیونیت، زایمان زودرس، مرده‌زایی و پره اکلامپسیا (Pre-eclampsia) اشاره نمود (۳).

برخی از رفتارهای بهداشتی مانند فعالیت جنسی مکرر، انتخاب نوع و جنس لباس زیر، دفعات تعویض لباس زیر، عدم مصرف مایعات ترش و ماست، شسته نبودن ناحیه تناسلی همسر قبل از مقاربت، به تعویق انداختن دفع ادرار و نیز سابقه قبلی ابتلا به عفونت ادراری، جزء عوامل مستعد کننده ابتلا به عفونت ادراری می‌باشند که نشان دهنده اهمیت و نقش آگاهی و نگرش درست در این زمینه به منظور رعایت رفتارهای جنسی و عادات پیشگیری کننده از بروز این عفونت است (۴).

نقش تئوری‌های آموزش بهداشت در زمینه ارتقای سلامت، آگاهی از

۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
نویسنده مسؤول: سیده فاطمه رحیمی
Email: fateme.rahimi64@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-06]

عوامل خطر برای سلامتی، تغییر رفتار در طی مراحل مختلف برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی یک برنامه مشخص شده است؛ البته همه برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت موفق نیستند، اما احتمال موفقیت برنامه‌هایی که مبتنی بر یک تئوری خوب هستند، در مقایسه با بقیه بیشتر است.

مدل اعتقاد بهداشتی، یکی از مدل‌های مطالعه رفتار در زمینه آموزش بهداشت است که از رفتار، در جهت ارتقای سلامتی استفاده می‌کند (۵) و از آن به صورت گسترده‌ای به عنوان ابزار برنامه‌ریزی آموزش بهداشت در جهت ارتقای تبعیت از رفتارهای پیشگیرانه استفاده شده است (۶). بنابراین، در مطالعه حاضر از مدل اعتقاد بهداشتی که بیشتر بر پیشگیری تأکید دارد و به رفتارهای مرتبط با سلامتی توجه می‌کند، به عنوان چهارچوب مرجع استفاده گردید. به موجب مدل اعتقاد بهداشتی، فرد هنگامی یک عمل بهداشتی را انجام می‌دهدکه تهدید، حساسیت، شدت و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند (۷).

این مدل دارای اجزای حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده می‌باشد و تاکنون ازآن در مطالعات گوناگونی به منظور تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد افراد استفاده شده است (۸) و مدل مناسبی می‌باشد و به نظر می‌رسد که چهارچوب مفیدی برای تعیین این عوامل است.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی- مقطعی بر روی ۱۴۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زاهدان که جهت شرکت در طرح اعلام رضایت و آمادگی کردند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای بر پایه اجزای مدل اعتقاد بهداشتی متشکل از چهار بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات فردی (سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال زن باردار، تعداد زایمان‌ها و سابقه عفونت ادراری) و در بردارنده ۳۰ سؤال برای سنجش میزان آگاهی در زمینه عفونت ادراری بود. بخش دوم شامل ۳ سؤال سازه راهنمایی برای عمل، بخش سوم شامل ۱۹ سؤال در زمینه‌های حساسیت و شدت درک شده، موانع و منافع درک شده و بخش نهایی شامل ۲۶ سؤال رفتاری (نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه رعایت نظافت و عادات مربوط به رفتار جنسی) بود.

در بخش سؤالات آگاهی، برای هر جواب درست نمره ۱ و برای هر جواب غلط نمره صفر و برای گزینه نمی‌دانم نمره ۱ در نظرگرفته شد. سؤالات نگرش بر اساس مقیاس لیکرت (موافقم، مخالفم و بی‌نظرم) تنظیم گردید که در این بخش برای هر نگرش صحیح نمره ۲، بی‌نظر بودن نمره ۱ و نگرش غلط نمره صفر محاسبه شد.

سؤالات رفتار بر اساس مقیاس لیکرت (همیشه = نمره ۳، گاهی اوقات = نمره ۲، به ندرت = نمره ۱ و هیچ وقت = نمره صفر) نمره‌گذاری گردید. در هر بخش (آگاهی، نگرش و رفتار)، حد فاصل بین بیشترین و کمترین نمره آزمون به سه دسته ضعیف (یک سوم اول)، متوسط (یک سوم دوم) و خوب (یک سوم آخر) طبقه‌بندی شد. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوا و با نظرخواهی از استادان آموزش بهداشت و بهداشت باروری مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسش‌نامه با روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ زن باردار شرکت کننده، ۸۱ درصد محاسبه شد.

خانم‌های باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی پرسش‌نامه را دریافت کردند و سپس توضیحات در زمینه پاسخگویی مناسب به آن‌ها داده شد. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف و از آزمون‌های همبستگی Pearson و Independent t و ANOVA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۱۴۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زاهدان مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی این افراد ۴/۰۰ ± ۲۲/۵۵ سال بود. ۶۴/۳ درصد از آنان تحصیلات کمتر از ۹ سال داشتند. میانگین تعداد زایمان‌ها ۰/۹۷ ± ۱/۱۲ بود و ۶۲/۹ درصد از مشارکت کنندگان اعلام کردند که سابقه عفونت ادراری در دوران بارداری را داشته‌اند. جدول ۱ توزیع فراوانی و اطلاعات افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی زنان باردار مورد مطالعه

مشخصات فردی		تعداد (درصد)
تحصیلات	بی‌سواد	۱۸ (۱۲/۹)
	ابتدایی	۲۹ (۲۰/۷)
	راهنمایی	۴۳ (۳۰/۷)
	دبیرستان	۳۷ (۲۶/۴)
	دانشگاه	۱۳ (۹/۳)
	جمع	۱۴۰ (۱۰۰)
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۲۰ (۸۵/۷)
	شاغل	۲۰ (۱۴/۳)
	جمع	۱۴۰ (۱۰۰)
سابقه عفونت ادراری	دارد	۸۸ (۶۲/۹)
	ندارد	۵۲ (۳۷/۱)
	جمع	۱۴۰ (۱۰۰)

نمره آگاهی در ۶۲/۷ درصد افراد مورد مطالعه ضعیف، در ۱۲/۴ درصد افراد متوسط و در ۲۴/۹ درصد افراد خوب برآورد شد و حدود ۷۸/۰ درصد شرکت کنندگان از خطرات احتمالی عفونت ادراری بر جنین خود آگاهی نداشتند. بر اساس اجزای مدل، میزان دریافت اطلاعات برای راهنمایی شدن و بروز رفتار مناسب در جهت پیشگیری از عفونت ادراری از طریق همسر (۳۱/۱ درصد)، از طریق دیگر اعضای خانواده مانند مادر، خواهر و یا همسایه (۵۷/۲ درصد) و از طریق رسانه‌ها (۳۶/۹ درصد) گزارش شد (این سؤالات به تفکیک طراحی شدند و در ارتباط با هم نیستند تا مجموعشان ۱۰۰ شود).

نمره حساسیت درک شده در ۴۰/۴ درصد از زنان خوب ارزیابی شد. نمره منافع درک شده در ۶۱/۰ درصد، نمره موانع درک شده در ۵۶/۱ درصد و نمره شدت درک شده در ۴۹/۷ درصد مشارکت کنندگان خوب ارزیابی گردید (جدول ۲).

در مورد رفتارهای مرتبط با ابتلا به عفونت‌های ادراری، این رفتارها در نحوه لباس پوشیدن در ۵۰/۰ درصد، عادات غذایی در ۱۵/۰ درصد، عادات ادراری در ۴۷/۶ درصد، نحوه نظافت در ۲۳/۴ درصد و عادات جنسی در ۳۸/۷ درصد شرکت کنندگان خوب ارزیابی شد (جدول ۳).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-06]

جدول ۲. توزیع نمره آگاهی و حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده شرکت کنندگان

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	سطح‌بندی متغیر		
		ضعیف	متوسط	خوب
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
آگاهی	۱۲/۳۱ ± ۱/۶۶	۸۷ (۶۲/۷)	۱۸ (۱۲/۴)	۳۵ (۲۴/۹)
حساسیت درک شده	۶/۰۷ ± ۱/۲۱	۵۱ (۳۶/۲)	۳۳ (۲۳/۴)	۵۶ (۴۰/۴)
شدت درک شده	۷/۰۱ ± ۲/۱۱	۴۰ (۲۸/۲)	۳۱ (۲۲/۱)	۶۹ (۴۹/۷)
موانع درک شده	۶/۴۴ ± ۰/۲۷	۲۲ (۱۵/۴)	۴۰ (۲۸/۵)	۷۸ (۵۶/۱)
منافع درک شده	۸/۱۴ ± ۲/۳۳	۱۳ (۹/۳)	۴۲ (۲۹/۷)	۸۵ (۶۱/۰)

بر اساس تجزیه و تحلیل انجام شده با استفاده از آزمون Independent t، بین وضعیت اشتغال و آگاهی افراد اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که میانگین نمره آگاهی در افراد خانه‌دار، ۲/۲۱ ± ۱۲/۴۸ به دست آمد؛ در حالی که این مقدار در افراد شاغل ۳/۸۴ ± ۱۲/۴۸برآورد شد (P = ۰/۰۱۹).

نتایج یافته‌ها بر اساس آزمون ANOVA، تفاوت معنی‌داری را در سطوح مختلف تحصیلی نشان داد (P = ۰/۰۰۱). بر اساس آزمون Tukey، بین میانگین نمره آگاهی در سطح زیر شش کلاس با سطوح بالاتر، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که پس از تبدیل متغیر کمی تعداد سال‌های تحصیل به متغیر کیفی (بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاه)، میانگین نمره آگاهی در سطوح تحصیلات بی‌سواد، ابتدایی و راهنمایی بسیار پایین‌تر از سطوح دبیرستان و دانشگاه بود و بین سطوح تحصیلات بی‌سواد و ابتدایی با سایر سطوح تحصیلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

در بین سؤالات رفتاری نیز، کمترین نمره میانگین به عادات غذایی (۱/۲۲ ± ۹/۱۲) و بیشترین نمره به عادات لباس پوشیدن (۲/۵۸ ± ۱۴/۰۲) زنان اختصاص داشت. ضمن این که نمره عادات جنسی و عادات مربوط به نظافت هم دارای میانگین پایینی در ارتباط با انجام رفتار مورد نظر بودند (جدول ۳).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نمره آگاهی در بیشتر از نیمی از زنان مورد مطالعه (۶۲/۷ درصد) ضعیف می‌باشد و همان‌گونه که در بخش یافته‌ها اشاره شد، بین آگاهی و اجزای مدل نیز همبستگی وجود داشت؛ بدین معنی که تلاش‌های جهت‌دار در ارتقای آگاهی افراد به عنوان عامل تعدیل کننده، می‌تواند نمرات حاصل از سازه‌های مدل مذکور را ارتقا دهد و در نهایت، منجر به ارتقای رفتار شود. پایین بودن نمره آگاهی در مطالعات زیادی که بر روی زنان صورت گرفته، به اثبات رسیده است. علاوه بر این، پایین‌تر بودن نمره آگاهی در زنان خانه‌دار نسبت به افراد شاغل، بیانگر آن است که زنان خانه‌دار احتیاج به آموزش بیشتری دارند. نتایج مشابهی در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی در مورد تأثیر آموزش بهداشت بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری زنان (۹) و همچنین، نتایج پژوهش مشیری و همکاران در زمینه آگاهی از بهداشت جنسی زنان در شرف ازدواج (۱۰)، یافته مطالعه حاضر را تأیید نمودند.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه حاضر، حساسیت درک شده ۴۰/۴ درصدی زنان در زمینه احتمال ابتلا به عفونت ادراری در دوران بارداری می‌باشد که می‌توان آن را به آگاهی ضعیف در این زمینه نسبت داد. نتایج حاصل از مطالعه رفیعی و همکاران در زمینه بهداشت باروری زنان تازه ازدواج کرده (۱۱) نیز با مطالعه حاضر مطابقت داشت.

در مورد جزء راهنمایی برای عمل که در مطالعه حاضر با ۳ سؤال تفکیکی مورد پرسش قرار گرفت، ۵۷/۲ درصد از موارد اشاره به دریافت راهنمایی‌هایی از افراد نزدیک خود مانند خواهر یا مادر داشتند و شاید پایین بودن نمره آگاهی این زنان را هم بتوان به علت دریافت همین اطلاعات نادرست و غیر علمی از این افراد نسبت داد. بنابراین، شایسته است تدابیری اندیشیده شود تا کلاس‌های آموزش دوران بارداری در مراکز بهداشتی- درمانی به صورت فعال‌تری برگزار شود و از الگوی اعتقاد بهداشتی که برای تولید پیام‌های ترغیب کننده به ویژه افزایش آگاهی و تغییر عقاید مفید است، بهره برد.

جدول ۳. توزیع فراوانی رفتار در زمینه عفونت‌های ادراری در زنان مورد مطالعه

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	سطح‌بندی متغیر		
		ضعیف	متوسط	خوب
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نحوه لباس پوشیدن	۱۴/۰۲ ± ۲/۵۸	۳۰ (۲۱/۴)	۳۹ (۲۷/۸)	۷۱ (۵۰/۰)
عادات غذایی	۹/۱۲ ± ۱/۲۲	۵۷ (۴۰/۷)	۶۲ (۴۴/۳)	۲۱ (۱۵/۱)
عادات ادراری	۱۲/۲۸ ± ۳/۰۱	۵۷ (۴۰/۷)	۱۶ (۱۱/۴)	۶۷ (۴۷/۶)
نحوه نظافت	۱۱/۲۳ ± ۱/۰۱	۶۷ (۴۷/۸)	۴۰ (۲۸/۶)	۳۳ (۲۳/۴)
عادات مربوط به رفتار جنسی	۱۰/۱۷ ± ۲/۱۱	۳۱ (۲۲/۱)	۸۱ (۵۷/۸)	۲۸ (۳۸/۷)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-06]

ضمن این که امروزه با راه‌اندازی شبکه اختصاصی سلامت در رسانه ملی، می‌توان دریچه آموزش از طریق رسانه را فراتر نمود تا تعداد بیشتری از زنان از این طریق در زمینه‌های مختلف بهداشتی به خصوص در زمینه مراقبت‌های دوران حساس بارداری راهنمایی شوند. رحیمی و سید رسولی نیز در مطالعه خود به نقش مهم رسانه‌های گروهی اذعان داشتند (۱۲). این تأکید در مطالعه استوار و همکاران در زمینه بیماری‌های مقاربتی هم وجود داشت (۱۳).

میانگین مجموع سؤالات سازه‌های مدل (حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده) به عنوان میانگین نمره نگرش برآورد شد که در ۵۴/۲ درصد از زنان مشارکت کننده خوب ارزیابی شد، با این وجود تنها ۳۸/۰ درصد زنان نمره خوبی در زمینه رفتارهای مناسب پیشگیرانه از ابتلا به عفونت ادراری دوران بارداری کسب کرده بودند. نتایج مشابهی که نشان دهنده پایین بودن نمره رفتار با وجود بالا بودن نسبی نمره نگرش باشد، در مطالعات مختلف (۱۵، ۱۴) مشاهده شده است. نتایج مطالعه دادخواه و محمدی در زمینه آگاهی، نگرش و رفتار زنان شهر اردبیل در زمینه خودآزمایی پستان نشان داد که نگرش ۵۱/۳ درصد نمونه‌ها نسبت به خودآزمایی پستان مثبت بود، اما عملکرد کلی آنان در این زمینه ضعیف بود (۴۷/۶ درصد) و فقط ۱۰/۶ درصد عملکرد خوبی داشتند (۱۴). این نتیجه در مطالعه دلارام در زمینه نگرش و عملکرد زنان درباره روش‌های اضطراری پیشگیری از بارداری نیز به چشم می‌خورد که با وجود نگرش خوب بیش از ۷۰ درصد نمونه‌های پژوهش، فقط ۲۰/۵ درصد آنان از این روش‌ها استفاده می‌کردند (۱۵).

نتیجه‌گیری

بارداری جزء مهم زندگی یک زن محسوب می‌شود و زنان هم جزء مهم برنامه‌ریزی بهداشتی هر کشور به عنوان ستون اصلی هر خانواده به شمار می‌روند. بنابراین، به کسب اطلاعات درست و مداوم در جهت انجام رفتارهای مناسب نیازمند می‌باشند.

ارزیابی‌های انجام شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، به شناخت نیازها و اولویت‌های مخاطبان و همچنین، به محققان و برنامه‌ریزان در جهت تشخیص موانع احتمالی و نقاط ضعف جامعه هدف کمک می‌کند. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه، مهم‌ترین مانع احتمالی، کمبود آگاهی می‌باشد که شاید علت پایین بودن نمره سایر سازه‌های مدل همین امر است که در نتیجه، باعث عدم انجام رفتار بهداشتی مناسب می‌شود. با توجه به استعداد بالای زنان به ابتلا به عفونت ادراری به خصوص زنان جوان در سنین باروری، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت‌های ادراری در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج و مراکز بهداشتی- درمانی برای زنان باردار برگزار شود و پکیج‌های آموزشی مناسب مانند پمفلت و کتابچه‌های آموزشی ساده و قابل فهم ارایه گردد و مدل باور بهداشتی برای تغییر نگرش و رفتار زنان در این زمینه مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی با شماره ثبت ۵۹۳۸، مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه انجام گرفته است.

References

1. Griebling TL. Urinary tract infection in women. In: Litwin MS, Saigal CS, Editors. Urologic diseases in America. Washington, DC: National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases, National Institutes of Health; 2007.
2. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy: Management options. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2010.
3. Daneshyar E, Mosavibahar SH, Alikhani MY. Association between asymptomatic bacteriuria and some emographic variables in pregnant women referred to health centers affiliated to Hamadan University of Medical Sciences. J Ilam Univ Med Sci 2010; 18(3): 53-60. [In Persian].
4. Kojaiibidgoli A, Sayedalshohadai M, Ebrahim Khamseh M, Hosseini F. Prevalence and risk factors of urinary tract infections in type 2 diabetic. Behbood J 2009; 13(3): 203-10. [In Persian].
5. Corcoran N. Communicating health: strategies for health promotion. London, UK: SAGE Publications; 2007.
6. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. Health Educ Behav 1974; 2(4): 336-53.
7. Stretcher VJ, Rosen Stock IM. The health belief mode. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, Editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. New York, NY: Wiley; 1997.
8. Shojaeezadeh D. Models of behavior in health education. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2000. [In Persian].
9. Taghdisi MH, Nejadsadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. Journal of Research and Health 2012; 2(1): 44-54. [In Persian].
10. Moshiri Z, Mohaddesi H, Terme Yosefi O, Vazife Asle M, Moshiri SH. Survey of education effects on sexual health in couples referred to marriage consultation centers in West Azarbaijan 2003. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2004; 2(3): 135-9. [In Persian].
11. Rafiee H, Jafarizadeh H, Khalilzadeh H, Asraf Rezaee N, Mohammadi B. Studying the effect of life skills education on the level of knowledge among young couples attending to healt and remedy centers of urmia for marriage consultation. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2009; 7(1): 21-6. [In Persian].
12. Rahimi S, Seyyed Rasooli A. Pregnant women and exercise. Iran J Nurs 2005; 17(40): 6-10. [In Persian].
13. Ostovar M, Nassiriziba F, Taavoni S, Haghani H. Knowledge and attitudes of women towards sexually transmitted diseases and AIDS. Iran J Nurs 2007; 19(48): 47-54. [In Persian].
14. Dadkhah B, Mohammadi M. Knowledge, attitude and practice of women in Ardabil about breast self- examination, 2000. J Ardabil Univ Med Sci 2002; 2(3): 14-20. [In Persian].
15. Delaram M. Knowledge, attitude and practice of women about emergency contraception in health centers of Shahrekord (2006). Behbood J 2007; 11(3): 320-30. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-06]

Journal of Health System Research
Vol. 12, No. 1, Spring 2016
Received: 03.06.2014
Accepted: 08.09.2015

Evaluation of Knowledge, Attitude and Behavior in the Field of Urinary Tract Infection among the Pregnant Women Consulted in Health Centers Zahedan City, Iran, Based on the Health Belief Model (HBM)

Seyeded Fatemeh Rahimi[1], Iraj Zareban[2], Mahnaz Shahrakipour[3]

Original Article

Abstract

Background: Urinary tract infection (UTI) is one of the most common infections in women; due to the changes occur in the body during pregnancy, it is more likely to develop urinary tract infection and it has a great deal of importance because of its potential complications on mother and the fetus. This study aimed to assess the knowledge, attitudes and behaviors about urinary tract infections among pregnant women based on the health belief model (HBM).

Methods: This descriptive-analytic study was conducted on 140 pregnant women visiting health centers in Zahedan city, Iran during 2014. The data collection tool was a multi-sectional questionnaire consisting of demographic information, knowledge, questions of model components (perceptions) and behavior. The validity of questionnaire was confirmed by some expert professors (76%) and its reliability was calculated 81% using Cronbach's alpha. The data were analyzed using Pearson, t and ANOVA test with a confidence level of 95% via SPSS software.

Findings: The mean age of the study population was 22.55 ± 4.00 years and 64.3% of them had less than 9 years of education. The knowledge score of only 24.9% of the people was calculated as good. Scores of perceived susceptibility of 40.4%, perceived severity of 49.7%, perceived barriers of 56.1%, perceived benefits of 61%, and behavior of 38% of the study population were assessed as good. There was a meaningful difference between the employed women and housewives in terms of knowledge and there was a significant positive correlation between the knowledge score and scores of all parts of the model.

Conclusion: Based on the results, among the studied women, knowledge about the urinary tract infections was poor and attitude and behavior were average. Therefore, it is recommended to hold meetings and workshops with the aim of improving women's knowledge, attitude and behavior about urinary tract infections according to the health belief model which defines the policy and framework.

Keywords: Women, Urinary tract infection (UTI), Pregnancy, Knowledge, Attitude, Behavior, Health belief model (HBM)

Citation: Rahimi SF, Zareban I, Shahrakipour M. **Evaluation of Knowledge, Attitude and Behavior in the Field of Urinary Tract Infection among the Pregnant Women Consulted in Health Centers Zahedan City, Iran, Based on the Health Belief Model (HBM).** J Health Syst Res 2016; 12(1): 114-8.

1- Research Center for Social Determinants of Health AND Department of Public Health, School of Public Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2- Assistant Professor, Department of Health Education, School of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
Corresponding Author: Seyeded Fatemeh Rahimi, Email: fateme.rahimi64@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-06]