

ارزیابی زنان باردار در زمینه عفونت های ادراری بر مبنای سازه های مدل اعتقاد بهداشتی

نویسندگان:

محمدحسین تقدیسی^۱، الهام نژادصادقی^{*}

۱- بخش آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره هشتم، شماره چهار، زمستان ۸۹

چکیده:

مقدمه: تولد و زایمان یکی از پدیده های طبیعی و حیاتی زندگی به شمار می رود و هدف نهایی به اتمام رسانیدن همه بارداری ها با سلامت مادر و نوزاد می باشد. از آن جا که یکی از موارد تهدیدکننده این هدف، عفونت های ادراری می باشد، لذا در مقاله حاضر بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی به بررسی وضعیت زنان باردار در این زمینه پرداخته می شود. روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی، روی ۱۱۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان انجام پذیرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش نامه محقق ساخته چند قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و خودکارآمدی بود و روائی و پایایی آن قبل از مطالعه بررسی شد. تحلیل آماری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها: ۴۰/۹ درصد زنان باردار مورد مطالعه، تحصیلات شان در سطح دیپلم بود. ۵۴/۵ درصد آن ها دارای نمره خود کارآمدی خوب بودند. بین نمره خودکارآمدی نمونه ها و تحصیلات آن ها ارتباط وجود داشت. زنان باردار در بخش عادات غذایی خودکارآمدتر بودند. نمره منافع درک شده، ۹۴/۵ درصد نمونه ها خوب بود. بین آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی همبستگی مثبت معنی داری وجود داشت. **بحث و نتیجه گیری:** مدل اعتقاد بهداشتی توانست به عنوان ابزاری در ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه عفونت های ادراری موثر واقع گردد.

واژگان کلیدی: عفونت، ادرار، بارداری، مدل، اعتقاد، بهداشت

مقدمه:

راجعه است به طوری که نتایج تحقیقات نشان داده ۳۰-۲۰ درصد زنان به دنبال ابتلا به عفونت ادراری اولیه به تعداد دو بار یا بیش تر دچار عفونت ادراری راجعه و ۵ درصد از آنان دچار عفونت ادراری راجعه مزمن می شوند [۴]. عفونت های مجرای ادراری در اکثر زنان حامله از وجود باکتری در ادرار و بدون علائم مشخص آغاز می شود که قبل از حاملگی وجود داشته است [۳]. شیوع آن در طی حاملگی ۷-۲ درصد و وضعیت اقتصادی، نژاد و پاریتی بیمار در شدت آن مؤثر است. این درصد در افراد حامله ناقل سیکل سل به میزان دو برابر و در افراد

یکی از اعضای بدن که به طرق مختلف مورد تهاجم عامل عفونت زا قرار می گیرد دستگاه ادراری است. عفونت های ادراری را می توان سندرمی نظیر سایر سندرم ها دانست که عوامل عدیده ای در آن دخیل می باشند [۱]. شیوع عفونت ادراری در زنان یک شاخص مهم بهداشتی جامعه محسوب می شود [۲]. همچنین عفونت های دستگاه ادراری دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از کم خونی می باشد که اگر درست کنترل نشود می تواند تاثیر عمده ای بر نتیجه حاملگی داشته باشد [۳]. نکته قابل توجهی که زنان از آن رنج می برند، ابتلا به عفونت ادراری

* نویسنده مسئول، آدرس: بهبهان، خیابان قائم، کوچه مشتهی، پلاک ۵، الهام نژادصادقی

تلفن تماس: ۰۶۷۱-۳۳۱۶۰۶۱ تلفن همراه: ۰۹۱۶۶۷۳۰۲۱۵ دورنگار: ۰۶۷۱-۲۲۳۱۹۱۰ پست الکترونیک: e.nejadsadeghi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۱۶

تاریخ اصلاح: ۱۳۸۹/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۴/۱۲

طریق مشارکت خودشان است [۱۷]. مدل اعتقاد بهداشتی از الگوهای رفتاری دقیقی است که نشان دهنده رابطه اعتقاد بهداشتی با رفتار می باشد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده، مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل موارد آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد، تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری می باشد [۲۰-۱۸].

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (perceived susceptibility)، شدت درک شده (severity)، منافع درک شده (perceived benefits)، موانع درک شده (perceived barriers)، راهنمای عمل، خودکارآمدی (self efficacy) است [۲۱].

تاکید مدل یادشده در ابتدا بر رفتارهای پیشگیری کننده منفرد بود، اما بعداً در مورد رفتارهای دایمی مرتبط با سبک زندگی افراد که نیازمند تغییر گسترده در روش زندگی بود، نیز تعمیم داده شد [۲۲]. این مدل برای برنامه های پیشگیری محور و برای مداخلات نسبتاً کوتاه در دست یابی به تغییر خاص بسیار مناسب است [۲۳].

در مطالعات دیگر از مدل اعتقاد بهداشتی برای نیازسنجی و مداخله آموزشی استفاده شده است و می تواند به عنوان یک ابزار عملی برای راهبردهای مداخلاتی موثر به کار برده شود. اهمیت به کارگیری این مدل در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است [۲۴].

هدف از مطالعه حاضر تعیین وضع زنان باردار در زمینه عفونت های ادراری بر مبنای سازه های مدل اعتقاد بهداشتی است به امید آن که از نتایج این مطالعه در برنامه ریزی های ارتقاء سلامت زنان باردار استفاده شود.

روش کار:

جامعه مورد بررسی در این مطالعه توصیفی- تحلیلی را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهبهان در شش ماه دوم سال ۱۳۸۸ به تعداد ۲۴۰۰ نفر تشکیل می دادند. نمونه پژوهش ۱۱۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. تمام زنان بارداری که به منظور دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز مذکور مراجعه کرده و برای شرکت در طرح رضایت داشتند به طرح وارد و زنان بارداری که به دلیل فوریت پزشکی ارجاع داده می شدند از طرح خارج شدند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه ای مبتنی بر ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی بود. این پرسش نامه مشتمل بر چهار بخش بود. بخش اول دربردارنده عوامل واسطه ای شامل اطلاعات دموگرافیک و میزان آگاهی در زمینه عفونت های ادراری و بخش

دیابتی سه برابر افزایش می یابد [۵]. همچنین مشاهده شده است که میزان شیوع عفونت ادراری در زنان با بیش از سه بار زایمان، افزایش یافته است [۶].

عفونت ادراری به همراه زایمان زودرس و تولد نوزادان با وزن کم دیده شده است. هزینه های مالی لازم برای مراقبت از کودکان با وزن کم تولد، یکی از جنبه های ملی ناخوشایندی نارسایی است [۷].

مطالعات نشان داده است که کودکان زودرس و آن هایی که با وزن کم به دنیا آمده اند، نمرات ضریب هوشی پایین تر و ناهنجاری های عصبی بیش تر بوده است [۳].

در صورت عدم درمان باکتری ادراری بدون علامت در زنان باردار، یک سوم این زنان دچار پیلوفنریت حاد می شوند که شایع ترین علت بستری شدن زنان قبل از زایمان است [۳]. زنان حامله مبتلا به پیلوفنریت حتی اگر فوراً هم درمان شوند باز تعداد چشمگیری از آن ها نوزادان کم وزن به دنیا می آورند، مرگ و میر جنین در آن ها افزایش می یابد، دچار کم خونی، مسمومیت حاملگی و پاره شدن زودرس پرده های جنینی، نارسایی تنفسی و خطر سپتیمی و شوک می شوند. به علاوه کودکان متولدشده از مادران مبتلا به پیلوفنریت به اختلال رشد روانی و حرکتی دچار می شوند [۶].

ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه ها نیز به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از نظریه ها و مدل ها در آموزش بهداشت دارد. به عبارت دیگر هر چقدر پشتوانه نظری مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی وجود داشته باشد، اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت را بیش تر خواهد کرد [۸-۱۰]. انتخاب یک مدل برای آموزش بهداشت اولین گام در فرایند برنامه ریزی هر برنامه آموزشی است [۱۱]. در این رابطه مدل های برنامه ریزی متعددی وجود دارند که می توانند توسط دست اندرکاران حوزه سلامت استفاده شوند. شناسایی پارامترهای مسئله بهداشتی که باید مورد توجه قرار گیرد مستلزم کسب دامنه وسیعی از اطلاعات اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی همراه با اطلاعاتی در مورد علوم رفتاری و اجتماعی و آگاهی از نیازها و اولویت ها است. در این موارد نظریه های مختلف در تعیین نقطه تمرکز یک مداخله مفید هستند [۱۲]. یکی از این مدل ها، مدل اعتقاد بهداشتی است که به عنوان ابزاری ارزشمند در حوزه ارزیابی آموزشی کارایی دارد. مدل مذکور از قدیمی ترین نظریه های رفتار بهداشتی و از اولین مدل های برگرفته شده از نظریه های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی است [۱۳ و ۱۴]. این مدل به عنوان مادر بزرگ اکثر نظریه های مدرن آموزش بهداشت محسوب می شود [۱۵ و ۱۶].

مهم ترین هدف آموزش بهداشت، تغییر رفتار بهداشتی مردم از

داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. از شاخص های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف و از آزمون های همبستگی و آزمون t مستقل برای تحلیل داده ها استفاده شد. مقدار $P < 0.05$ نیز به عنوان سطح معنی دار آماری در نظر گرفته شد.

یافته ها:

میانگین و انحراف معیار سنی زنان باردار مورد بررسی در این مطالعه $25 \pm 4/68$ سال بود. از نظر تحصیلات ۴۰/۹ درصد (۴۵ نفر) آن ها در سطح دیپلم و ۱۹/۱ درصد (۲۱ نفر) در سطح دانشگاهی بودند و ۹۰/۹ درصد (۱۰۰ نفر) آن ها خانه دار بودند. تحصیلات ۳۳/۶ درصد (۳۷ نفر) همسران نمونه ها در سطح دیپلم بود.

در سازه راهنمای عمل، ۶۸/۲ درصد (۷۵ نفر) زنان باردار مورد مطالعه از طریق همسران، ۷۱/۸ درصد (۷۹ نفر) از طریق خانواده (مادر و خواهر و ...) و ۶۲/۷ درصد (۶۹ نفر) از طریق وسایل ارتباط جمعی برای پیشگیری از عفونت ادراری راهنمایی شده بودند.

۳۰/۹ درصد (۳۴ نفر) زنان باردار مورد بررسی نمره آگاهی خوب و ۶۴/۵ درصد (۷۱ نفر) آگاهی متوسط داشتند. ۴۶ درصد (۵۱ نفر) زنان باردار مورد مطالعه نمره موانع درک شده خوب، ۹۴/۵ درصد (۱۰۴ نفر) نمره منافع درک شده خوب، ۹۰/۹ درصد (۱۰۰ نفر) حساسیت درک شده خوب و ۸۴/۵ درصد (۹۳ نفر) شدت درک شده خوب داشتند (جدول ۱). در بخش لباس پوشیدن ۷۱/۸ درصد (۷۹ نفر)، در قسمت عادات غذایی ۶۰ درصد (۶۶ نفر)، در قسمت عادات ادراری ۵۰/۹ درصد (۵۶ نفر)، در بخش نظافت ۵۵/۵ درصد (۶۱ نفر)، در قسمت عادات جنسی ۳۷/۳ درصد (۴۱ نفر) زنان باردار نمره کارآمدی خوب در جهت پیشگیری از عفونت ادراری داشتند (جدول ۲)

دوم دربردارنده سازه راهنمای عمل با سه سوال بود. بخش سوم شامل ۱۹ سوال نگرشی (موانع درک شده، منافع درک شده، حساسیت درک شده، شدت درک شده) و بخش چهارم نیز شامل ۱۹ سوال خودکارآمدی (لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، رعایت نظافت، عادات مربوط به رفتار جنسی) بود.

در قسمت آگاهی، برای هر جواب درست نمره ۱ و برای هر جواب غلط نمره صفر و در بخش سوالات راهنمای عمل، برای گزینه بلی نمره ۱ و برای گزینه خیر نمره صفر در نظر گرفته شد. سوالات مربوط به نگرش بر اساس مقیاس لیکرت سه تایی (موافقم، مخالفم، بی نظرم) تنظیم شد. به دلیل نوع موضوع و برای قضاوت سریع تر و آسان تر زنان باردار در پاسخگویی به این سوالات، از مقیاس سه تایی به جای پنج تایی استفاده شد. این نوع مقیاس در مطالعات دیگر نیز استفاده شده است [۹]. در این بخش برای هر نگرش موافق بودن نمره ۲، بی نظر بودن نمره ۱ و مخالف بودن نمره صفر در نظر گرفته شد. سوالات خودکارآمدی بر اساس مقیاس چهارتایی (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ وقت) با نمره ۳ برای گزینه همیشه، نمره ۲ برای گزینه گاهی اوقات، نمره ۱ برای گزینه به ندرت و نمره صفر برای گزینه هیچ وقت تنظیم شد.

در هر سه بخش آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، فاصله بین کم ترین و بیش ترین نمره آزمون به طور قراردادی به سه دسته ضعیف، متوسط، خوب طبقه بندی شد. روایی پرسش نامه از طریق روایی محتوا و با نظرخواهی از اعضای هیأت علمی مجرب انجام شد. مقدار پایایی پرسش نامه نیز به روش آزمون مجدد ۰/۸۳ محاسبه شد. پرسش نامه در مراکز بهداشتی درمانی بین زنان باردار مراجعه کننده توزیع و هم زمان توضیحات لازم برای پاسخگویی مناسب به سوال ها داده شد.

جدول ۱: توزیع نمره آگاهی و منافع، موانع، حساسیت، شدت درک شده مسئله عفونت های ادراری در زنان باردار مورد مطالعه (شهرستان بهبهان، ۸۹)

متغیر	سطح بندی		ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۶	۴/۵	۷۱	۶۴/۵	۳۴	۳۰/۹	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰
موانع درک شده	۱۴	۱۲/۷	۴۵	۴۰/۹	۵۱	۴۶/۴	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰
منافع درک شده	۰	۰	۶	۵/۵	۱۰۴	۹۴/۵	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰
حساسیت درک شده	۳	۲/۷	۷	۶/۴	۱۰۰	۹۰/۹	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰
شدت درک شده	۲	۱/۸	۱۵	۱۳/۶	۹۳	۸۴/۵	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع نمره خودکارآمدی (نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه نظافت، عادات مربوط به رفتار جنسی) در زنان باردار مورد مطالعه (شهرستان بهبهان، ۸۹)

متغیر	ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نحوه لباس پوشیدن	۹	۸/۲	۲۲	۲۰/۰	۷۹	۷۱/۸	۱۱۰	۱۰۰
عادات غذایی	۷	۶/۴	۳۷	۳۳/۶	۶۶	۶۰/۰	۱۱۰	۱۰۰
عادات ادراری	۱۸	۱۶/۴	۳۶	۳۲/۷	۵۶	۵۰/۹	۱۱۰	۱۰۰
نحوه نظافت	۱۲	۱۰/۹	۳۷	۳۳/۶	۶۱	۵۵/۵	۱۱۰	۱۰۰
عادات مربوط به رفتار جنسی	۱۲	۱۰/۹	۵۷	۵۱/۸	۴۱	۳۷/۳	۱۱۰	۱۰۰
خودکارآمدی کلی	۲	۱/۸	۴۸	۴۳/۶	۶۰	۵۴/۵	۱۱۰	۱۰۰

وسایل ارتباط جمعی را از ضروریات دانسته و آن را پیشنهاد کرده‌اند [۲۵ و ۲۶].

مطالعه حاضر نشان داد که ۶۸/۲ درصد (۷۵ نفر) نمونه‌ها از طریق همسران خود و ۷۱/۸ درصد (۷۹ نفر) از طریق خانواده (مادر و خواهر و ...) جهت پیشگیری از عفونت های ادراری راهنمایی شده اند. بنابراین شایسته است در طراحی برنامه آموزشی گروه های مذکور به خصوص همسران زنان نیز مد نظر قرار گیرند تا بدین ترتیب درصد بیش تری از زنان باردار به واسطه این گروه ها در راستای پیشگیری از عفونت های ادراری راهنمایی و حمایت شوند.

این مطالعه نشان داد که نمره موانع درک شده ۴۶/۴ درصد (۵۱ نفر) زنان باردار مورد مطالعه خوب بوده و این در حالی است که ۹۴/۵ درصد (۱۰۴ نفر) آن ها نمره منافع درک شده خوب نسبت به پیشگیری از عفونت های ادراری داشتند. لذا نیاز است سازه موانع درک شده به عنوان یکی از نقاط تمرکز مداخلات آتی در نظر گرفته شود.

احمدی طی تحقیقی راجع به تأثیر مدل مراحل تغییر (TTM) در اتخاذ فعالیت‌های فیزیکی مناسب در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دهقان در سال ۱۳۸۸ نشان داد که ۳۸ درصد از زنان باردار نمره متوسطی از موانع درک شده فعالیت های فیزیکی داشته‌اند و آگاهی آنان در خصوص موارد منع ورزش ناکافی بوده است و در نتیجه، موانع درک شده را به عنوان یکی از نقاط مداخله خود در نظر گرفته است [۲۷].

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که هرچند حدود ۹۴/۵ درصد (۱۰۴ نفر) از نمونه ها نمره منافع درک شده خوب نسبت به پیشگیری از عفونت های ادراری داشتند، ولی فقط ۵۴/۵ درصد (۶۰ نفر) آن ها دارای نمره کارآمدی خوبی بودند. بنابراین باید برای خودکارآمدتر کردن آن ها در این زمینه تلاش شود. همچنین مشخص شد که میانگین نمره خودکارآمدی زنان باردار در قسمت مربوط به رفتارهای جنسی، کم تر از سایر قسمت های دیگر این سازه است که یکی از دلایل آن کم تر

بین نمره خودکارآمدی زنان باردار و سطح تحصیلات آن ها رابطه معنی دار آماری و وابستگی دیده شد. خودکارآمدی زنان باردار با وضعیت اشتغال رابطه معنی داری نداشت. بین نمره آگاهی با نمرات موانع، منافع، حساسیت و شدت درک شده و خودکارآمدی همبستگی مثبت معنی‌داری دیده شد. با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده رابطه مذکور مستقیم است. در بین موانع، منافع، حساسیت و شدت درک شده، موانع درک شده دارای کم ترین میانگین بود. در سازه خودکارآمدی، عادات جنسی دارای کم ترین میانگین بود.

بحث و نتیجه گیری:

یکی از یافته های مطالعه حاضر وجود همبستگی میان آگاهی با ساختارهای اصلی مدل اعتقاد بهداشتی بود. با توجه به این مسئله به نظر می رسد هر نوع مداخله بر روی آگاهی به عنوان عامل تعدیل کننده، بر سازه های مذکور نیز تأثیرگذار باشد. در سال ۱۳۷۹ توسط عسکری نژاد و بخشی تحقیقی راجع به آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار رفسنجان نسبت به اهمیت مراقبت های دوران بارداری انجام شد که نتایج این تحقیق نشان دهنده ارتباط معنی دار آماری بین آگاهی و عملکرد نمونه های مورد پژوهش بود [۲۵].

مطالعه حاضر نشان داد ۶۲/۷ درصد (۶۹ نفر) زنان باردار مورد مطالعه از طریق رسانه های ارتباط جمعی جهت پیشگیری از عفونت های ادراری راهنمایی شده بودند. بنابراین پیشنهاد می شود از مدل اعتقاد بهداشتی که برای طراحی برنامه های آموزشی و تولید پیام های ترغیب کننده به ویژه افزایش آگاهی و تغییر عقاید از طریق رسانه ها مفید است، کمک گرفته تا درصد بیشتری از زنان باردار را در راستای پیشگیری از عفونت های ادراری راهنمایی کرد. در مطالعه رحیمی و سید رسولی با موضوع بررسی آگاهی و عملکرد زنان باردار نسبت به ورزش دوران بارداری پیشنهاد شده که از رسانه های گروهی در جهت افزایش آگاهی و بهبود عملکرد زنان جامعه نسبت به ورزش دوران بارداری استفاده شود. عسکری نژاد و بخشی نیز بهره گیری از

آگاهی زنان اقدام نمود تا از این طریق، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی نیز ارتقا یابد. به علاوه با افزایش خودکارآمدی، زنان باردار در همه عوامل تاثیر گذار بر عفونت های ادراری به خصوص عادات جنسی خودکارآمدتر می شوند.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان نامه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. بدین وسیله از همکاری کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان بهبهان، آقای مهندس محمدحسین حقیقی زاده مربی آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز و خانم دکتر زمانی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز سپاسگزاری می شود.

References:

1. Tabrizian L. Analysis of elements of susceptibility of urinary infection in married women referred to well-known hospitals in Tehran. [MA dissertation]. Tehran: Tehran Univ Med Sci; 2002. (Persian)
2. Goldman MB, Hatch MC. Woman and health. California, San Diego: Academic Press; 2000: 361-370.
3. James DK, Steer PJ, Weiner CP, et al. High risk pregnancy: management options. 5th ed. Orlando: Houghton Mifflin Harcourt; 1992: 441.
4. Foxman B, Ferch RR. Epidemiology of urinary tract infection. Am J Med Sci 1985; 314(4): 245-249.
5. Mottaghi K, Alavi Nejad P. Women diseases and midwifery. Tehran: Rastan Publ; 1998: 426. (Persian)
6. Burrow GN, Duffy TP. Medical complications during pregnancy. 3rd ed. Philadelphia: W B Saunders; 1988: 346.
7. Mashfeghi Z. Analysis of relationship of urinary bacteria without early sign in pregnant mothers referred to the well known hospitals in Shiraz. [MA dissertation]. Tehran Univ Med Sci; 1997. (Persian)
8. Sharifirad GH, Hassavei MM, Hasanzadeh A, et al. The effect of health education based on HBM model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Rahavard Danesh: J Arak Univ Med Sci 2007; 17(65): 59-66. (Persian)
9. Karimi M, Ghofranipour F, Heidarnia AR. 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)
10. Allah Verdi Pour H. A look at traditional health education and moving towards health education according to theory. Health Educ Promot Mag 2005; 1(3): 75-79. (Persian)
11. Noori K, Shojaei Zadeh D. Health and behavior change. 1st ed. Tehran: Neshane Publ; 2005: 14. (Persian)
12. Saffari M, Shojaeizade D, Ghofranipour F, et al. Health education and promotion: theories, models, methods. 1st ed. Tehran: Sobhan Publ; 2009: 31-32. (Persian)
13. Rahmati F, Niknami SH, Aminshokravi F, et al. Evaluation of HBM model on planning preventive of HIV/AIDS in the students of Tehran University. Proceedings of the 3rd National Congress on Health Education and Promotion. 2008. Hamedan Univ Med Sci; Hamedan, Iran. (Persian)

مطرح شدن موارد مذکور از طریق کارکنان مراکز بهداشتی، رسانه ها می باشد. بنابراین باید برای پیدا کردن دلایل ضعف و خودکارآمدتر کردن زنان باردار در این بخش نیز تلاش کرد.

نتیجه گیری: ارزیابی آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی از طریق کمک به شناخت نیازها و اولویت های مخاطبین می تواند در طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی اثربخش باشد. از آن جا که موانع درک شده در جهت انجام رفتارهای پیشگیری کننده تأثیرگذار می باشند، باید موانع موجود در مسیر انجام فعالیت های پیشگیری کننده را برطرف نمود. یکی از این موانع، کمبود آگاهی است. طبق این مطالعه، آگاهی با سازه های مدل اعتقاد بهداشتی همبستگی مثبت دارد. لذا باید در راستای افزایش

14. Ramachandran L, Dharmalingam T. Trans. Shafiee F. Health behavior and health education theory research and practice. Vol 1st. 4th ed. Tehran: Univ Tehran Press; 1997: 64. (Persian)
15. Campbell C. Health Curriculum Research, Mississippi Cooperative Extension Service. Health & nutrition: human health, health education behavior models and theories, a review of the literature, part 1, individual (intrapersonal). health behavior models/theories, health belief model. Accessed January 13, 2010. Available from: <http://msucare.com/health/health/appa1.htm>.at:20/5/2006.
16. Mississippi Agricultural and Forestry Experiment Station. Carol Campbell. Health education behavior model and theories: a review of the literature – part one. Accessed Jan 5, 2010. Available from: <http://msucare.com/health/health/appa1.htm>
17. Bunn JY, Bosompra K, Ashikaga T, et al. Factors influencing intention to obtain a genetic test for colon cancer risk: a population-based study. Prev Med 2002; 34(6): 567-77.
18. Mohammadi N, Raffia Sh. Health education, familiarity with applicability concepts. 1st ed. Tehran: Mehr Ravash Publ; 2006: 175. (Persian)
19. Mirzaei E. Health and advancement in safety. 2nd ed. Tehran: Ministry Health Med Educ; 2005: 216-218. (Persian)
20. Baranowski T, Karen WC, Theresa N, et al. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? Obes Res 2003; 11 Suppl: 23 S – 43 S.
21. Shojaei Zadeh D. Behavior study models in health education. 1st ed. Tehran: Ministry Health Medical Educ; 2001. (Persian)
22. Zamani Alvijeh F, Faghizaddeh S, Sadeghi F. Application of the health belief model for unhealthy eating prevention among primary school children in Arak, Iran (2004-2005). Behbood: Quart Med Res J Kermanshah Univ Med Sci 2008; 11(4): 352-367. (Persian)
23. Ghafarani Pour F. Behavior change model. Tehran: Tarbiat Moallem Univ Press; 2008 131-143. (Persian)
24. Charlson ME, Allegrante JP, McKinley PS, et al. Improving health behaviors and outcomes after angioplasty: using economic theory to inform intervention. Health Educ Res 2002; 17(5): 606-18.

25. Askeri Nejad M, Bakhshi H. Analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women of Rafsanjan towards the importance of care taking during pregnancy in the year 2000. J Rafsanjan Univ Med Sci 2002; 1(3): 1-7. (Persian)
26. Rahimi S, Sayed Resoli E. Analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women towards sport during pregnancy. Iran Nurs Periodic 2004; 17(40): 6-10. (Persian)
27. Ahmadi L. The effect of transtheoretical model on adoption of physical activity suitable for pregnant women referring to health and treatment centers in the city of Dehaghan in the year 2009. [MA dissertation]. Iran Univ Med Sci; 2010. (Persian)

Evaluation of pregnant women in the field of urinary tract infection according to the components of health belief model

Taghdisi MH¹, Nejadi Sadeghi E^{*1}

Received: 07/03/2010

Revised: 12/21/2010

Accepted: 02/05/2011

1. Dept. of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences Vol. 8, No. 4 Winter 2011

Abstract:

Introduction:

Birth and delivery is one of the natural phenomena and a vital part of life cycle. In this regard, the final aim is for the mother to deliver a healthy child without any complications. Since urinary tract infection is one of the factors which threaten achievement of this aim, there was an attempt in this study to investigate the condition of pregnant women in this respect according to health belief model.

Material and Methods:

An explanatory-analytic study was conducted on 110 pregnant women who referred to the health and treatment centers in Behbahan city. The tool used for collection of data was a multiple choice questionnaire consisting of demographic information, knowledge, attitude and self efficacy. The validity and reliability of the questionnaire had been studied before the investigation. Analysis of data was conducted, using SPSS software.

Results:

About 40.9% of the women who were observed had high school diploma. About 54.5% of them obtained good points in self efficacy. The scores obtained in self efficacy itself depended on the people under observation and their education. Pregnant women were more self efficient regarding the food habits. The scores of the perceived benefits were 94.5% of the good participants. There was a meaningful relationship between knowledge and health belief model factors.

Conclusion:

Health belief model can be used as a tool for evaluating the condition of pregnant women in the field of urinary tract infection.

Keywords: Infection, Urine, pregnancy, Model, Belief, Health

* Corresponding author, Email: e.nejadi sadeghi@gmail.com