

HEALTH BELIEF MODEL

Factors Associated with Urine and Genital Tract Infection Preventive Behaviors among Women Referred to Gorgan Health Centers Based on Health Belief Model

Hashem Heshmati

Instructor, Dept. of Public Health, Faculty of Health, Torbat Heydarieh Univ. of Medical Sciences (THUMS), Torbat Heydariyeh, Iran .

Nasser Behnampour

* Assistant Professor, Dept. of Public Health, School of Health, Golestan Univ. of Medical Sciences (GOUMS), Gorgan, Iran (Corresponding Author) Tel: +981714436102, Fax: +981714423630 Behnampour@yahoo.com

Marziyeh Mir

BSc. in Public Health, Dept. of Public Health, School of Health, GOUMS, Gorgan, Iran

Fatemeh Karimi

BSc. in Public Health, Dept. of Public Health, School of Health, GOUMS, Gorgan, Iran

Samane Khajavi

BSc. in Management, Dept. of Management, Payame-Noor Univ. (PNU), Gorgan Branch, Gorgan, Iran

Received: 22 February 2014

Accepted: 3 November 2014

ABSTRACT

Background and objective: Women's health is very important. Prevalence of Urine and genital Tract infection among women is high. This study was aimed to determine factors associated with urine and genital Tract infection preventive behaviors among women referred to Gorgan health centers based on health belief model.

Methods: In this cross-sectional study, 420 women referred to Gorgan health centers were selected by two stage sampling method. Data was collected by using a self-report, reliable and valid questionnaire. Data was analyzed by SPSS18 with descriptive (mean, standard deviation, frequency and percentage) and analytical statistics (Pearson correlation coefficient, independent t test and one way ANOVA).

Results: The mean age of the participants was 31.80 ± 9.16 . The mean score of knowledge was 71.93 ± 16.68 ; perceived susceptibility 92.45 ± 8.51 , perceived severity 76.07 ± 13.80 , perceived benefits 95.30 ± 6.37 , perceived barriers 69.84 ± 17.87 and the mean score of behavior were 86.71 ± 9.14 . There was a significant positive correlation between behavior with knowledge and perceived benefits. Physicians, midwives and husbands were the most important guides to action.

Conclusion: The status of Knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and behavior were in a desirable level, but perceived barriers were at high level. According to the positive correlation between behavior with knowledge and perceived benefits, it is recommended that educational intervention be implemented by physicians and midwives with emphasis on promoting knowledge and perceived benefits of women in regard to preventive behaviors.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Belief Model (HBM), Urine and genital Tract infection, Women, Preventive behavior, Gorgan.

► **Citation:** Heshmati H, Behnampour N, Mir M, Karimi F, & Khajavi S. Factors Associated with Urine and Genital Tract Infection Preventive Behaviors among Women to Referred Gorgan Health Centers Based on Health Belief Model. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Spring 2015;3(1): 59-68.

الگوی اعتقاد بهداشتی

عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

هاشم حشمتی

مری گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

ناصر بهنام پور

* استادیار آمار زیستی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول) تلفن: ۰۲-۴۴۳۶۱۰۲- Behnampour@yahoo.com.۰۱۷۱

مرضیه میر

کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی گلستان، گرگان، ایران

فاطمه کریمی

کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی گلستان، گرگان، ایران

سمانه خواجوی

کارشناس مدیریت، گروه مدیریت، دانشگاه پیام نور، واحد گرگان، گرگان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سلامت زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شیوع عفونت‌های مختلف ادراری-تناسلی در زنان بالا است. این پژوهش با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی اجرا شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی، ۴۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان به روش نمونه گیری دمرحله‌ای انتخاب شدند و داده‌ها از طریق پرسشنامه خودایفای روا و پایا، که مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی تنظیم شده بود، جمع‌آوری گردید. برای تفسیر داده‌ها از SPSS۱۸ و روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد مطالعه $31/80 \pm 9/16$ بود. میانگین نمره آگاهی $16/68 \pm 71/93$ ، میانگین نمره حساسیت درک شده $8/51 \pm 92/45$ ، میانگین نمره شدت درک شده $13/80 \pm 76/07$ و میانگین نمره منافع درک شده $6/37 \pm 95/30$ بود. میانگین نمره موانع درک شده $17/87 \pm 84/07$ و میانگین نمره عملکرد $9/14 \pm 86/71$ بود. بین عملکرد با آگاهی و منافع درک شده همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. پزشک، ماما و همسر مهم‌ترین راهنماها برای عمل بودند.

نتیجه گیری: وضعیت آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و عملکرد در سطح مطلوب بود؛ اما موانع درک شده در سطح بالایی بودند. با توجه به همبستگی بین عملکرد با آگاهی و منافع درک شده پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی توسط پزشکان و ماماها با تأکید بر افزایش آگاهی و درک زنان از منافع انجام رفتارهای بهداشتی صورت پذیرد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، عفونت ادراری تناسلی، زنان، رفتار پیشگیری کننده، گرگان.

◀ **استناد:** حشمتی ه، بهنام پور ب، میر م، کریمی ف، خواجوی س. عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. بهار ۱۳۹۴؛ ۳(۱): ۵۹-۶۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۱۲

منشأ بیش از ۹۰٪ آن‌ها آلودگی باکتریایی پیشاب‌راه است و درصد این آلودگی در زنان ۴۱/۹۲٪ و در مردان ۱۱/۷۳٪ بود (۷). در مطالعه دیگری توسط فاکسمن و همکاران (۸) مشخص شد ۱۱/۳ میلیون زن در ایالات متحده حداقل یک‌بار به عفونت دستگاه ادراری مبتلا شده‌اند و آنتی‌بیوتیک مصرف کرده‌اند و هزینه سالیانه موارد عفونت دستگاه ادراری با نسخه پزشک ۱/۶ میلیون دلار بوده است (۸).

این حقایق تلخ بیانگر اهمیت موضوع و انجام اقدامات مناسب جهت پیشگیری از این عفونت‌ها است. از طرفی، یکی از مهم‌ترین اقدامات در این زمینه، آموزش بهداشت است. آموزش بهداشت زمانی مؤثر خواهد بود که عوامل مؤثر بر رفتار به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گیرند و بر پایه مستندات علمی برنامه‌ریزی، طراحی و اجرا شود. انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت اولین گام در فرایند برنامه‌ریزی هر برنامه آموزشی است و یکی از الگوهای مناسب در این زمینه الگوی اعتقاد بهداشتی است که به‌عنوان ابزاری ارزشمند در حوزه ارزیابی آموزشی کارایی دارد. این الگو دارای سازه‌های حساسیت درک‌شده (یعنی فرد تا چه میزان خود را مستعد ابتلا به بیماری خاصی می‌داند)، شدت درک‌شده (باورهای فرد در مورد جدیت و وخامت بیماری)، منافع درک‌شده (درک فرد از سود و منفعت ناشی از اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده)، موانع درک‌شده (اعتقاد مربوط به هزینه‌های متصور پیگیری یک رفتار جدید) و راهنما برای عمل (نیروی تسریع‌کننده‌ای که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می‌گردد) است. بر اساس ماهیت الگو، که بر اساس باورهای فردی است، این الگو از مناسب‌ترین الگوها در این زمینه است (۹).

استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی زمینه مطالعات مختلفی انجام شده است؛ از جمله در مطالعه تهرانی و همکاران (۱۰) بر روی زنان دارای عفونت ادراری مشخص گردید آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی روشی مؤثر در ارتقاء باورهای بهداشتی و رفتارهای بهداشتی زنان در زمینه عفونت‌های دستگاه‌های ادراری

مقدمه

سلامت زنان اهمیت ویژه‌ای دارد. از طرفی، زنان نیمی از پیکره اجتماع را تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر، به دلیل تأثیر مستقیم سلامت آنان بر سلامت کودکان، نقش مهمی را در سلامت نسل آینده هر کشوری ایفا می‌کنند (۱). بر اساس آمارهای بهداشتی، زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل عفونت‌ها دارند و شیوع انواع مختلف عفونت‌ها در میان آنان بیشتر است (۲). در زنان به دلیل نزدیک بودن مقعد با فرج و نیز با مجرای خروج ادرار، امکان انتقال انواع میکروب‌ها به دستگاه تناسلی و دستگاه ادراری وجود دارد. این موضوع موجب بروز عفونت‌های دستگاه ادراری و یا تناسلی می‌شود (۳). عفونت‌های دستگاه ادراری^۱ دومین علت شایعی است که بیماران نیازمند مراقبت بهداشتی می‌شوند. از طرفی در بعضی موارد به‌ویژه در زنان ممکن است عفونت علامتی ایجاد نکند (۴) و بی‌علامتی فرد آلوده، منجر به سهولت انتقال بیماری گردد (۵). این موضوع سبب شده است حتی در کشورهای پیشرفته نیز بروز عفونت‌های مذکور شایع باشد؛ به‌طوری‌که در آمریکا از هر هفت زن یک زن در طول زندگی خود دچار عفونت‌های دستگاه ادراری می‌گردد (۴).

فعالیت جنسی، زنان را در معرض خطر بیشتری نسبت به ابتلا به عفونت‌ها قرار می‌دهد (۵). از طرفی، بر اساس آمارهای منتشرشده در ایران حدود ۲۰٪ زنان در سنین باروری (۱۵-۴۹ سال) هستند (۶) که این موضوع سبب بروز نسبتاً بالای عفونت‌ها در کشور شده است. لذا پیشگیری از عفونت‌ها، شناسایی زودرس عفونت‌های ادراری تناسلی و درمان فوری آن‌ها به‌منظور پیشگیری از عود عفونت و عوارض احتمالی آن همچون نارسایی کلیه و عفونت خون (سپسیس) و همچنین تحمل هزینه‌های بالای درمانی، اقتصادی و اجتماعی ضروری است (۴). با توجه به اهمیت موضوع، مطالعات گوناگونی در زمینه بروز و شیوع این عفونت‌ها انجام شده است. به‌طور مثال، در مطالعه دسفورگس و همکارانی (۷) مشخص شد شیوع عفونت‌های مجاری ادراری زیاد است و

1. urinary tract infection (UTI)

واحدهای فوق با توجه به جمعیت تحت پوشش هر واحد حجم نمونه تعیین شد و نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و داده‌ها به روش خودایفا جمع‌آوری شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی استفاده شد؛ بدین‌صورت که ابتدا پرسشنامه بر اساس کتب، منابع و پرسشنامه‌های مشابه (۱۲، ۱۵، ۱۹) تهیه شد و سپس در اختیار اساتید و کارشناسان قرار گرفت و نظرات آن‌ها در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد؛ ضریب آلفای سؤالات آگاهی و عملکرد به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۷۰ بود و ضریب آلفا برای سازه‌های حساسیت، شدت، منافع و موانع برابر ۰/۷۴ بود. همچنین پایایی سؤالات راهنما برای عمل بر اساس آزمون کوردر- ریچاردسون ۰/۷۹ بود.

قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها یک جلسه آموزشی برای پرسشگران برگزار شد و در رابطه با قسمت‌های مختلف پرسشنامه و شیوه تکمیل آن آموزش داده شد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها ابتدا پرسشگران در مورد اهداف پژوهش حاضر، نحوه تکمیل پرسشنامه و اهمیت مشارکت زنان آموزش‌های لازم را ارائه نمودند.

پرسشنامه دارای ۸۸ سؤال در ۷ قسمت بود: اطلاعات جمعیت‌شناختی (۳ سؤال)، سابقه ابتلا به عفونت (۱ سؤال)، آگاهی (۲۶ سؤال)، حساسیت درک‌شده (۹ سؤال)، شدت درک‌شده (۷ سؤال)، منافع درک‌شده (۱۰ سؤال)، موانع درک‌شده (۷ سؤال)، راهنما برای عمل (۹ سؤال) و عملکرد (۱۶ سؤال). تجزیه و تحلیل داده‌ها بدین‌صورت انجام شد. آگاهی شامل ۲۶ سؤال و گزینه‌های آن شامل بلی، خیر و نمی‌دانم بود؛ که برای گزینه بلی یک امتیاز و گزینه‌های خیر و نمی‌دانم صفر امتیاز در نظر گرفته شد. بدین ترتیب دامنه نمرات آگاهی بین صفر تا ۲۶ بوده و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. کلیه سازه‌ها در یک طیف لیکرت سه گزینه‌ای از موافقم تا مخالفم تنظیم شد؛ که برای

و تناسلی است، بنابراین، توجه بیشتر در زمان بیماریابی به زنان آلوده و به‌ویژه زنانی که ممکن است عفونت بدون علامت داشته باشند و آموزش آن‌ها می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء باورها و عملکرد بهداشتی آن‌ها داشته باشد (۱۰-۱۱). مطالعات دیگری نیز در زمینه ارزیابی آگاهی، نگرش، عملکرد و تأثیر مداخله آموزشی و همچنین کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه عفونت‌های ادراری تناسلی انجام شده است (۱۲-۲۰). اما به نظر می‌رسد تاکنون مطالعه‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه از این عفونت‌ها بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان را مورد ارزیابی قرار نداده است. از سویی با توجه به تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در جوامع مختلف، انجام مطالعه در جوامع مختلف ضروری به نظر می‌رسد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه مورد مطالعه زنان متأهل مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی- درمانی شهر گرگان بودند. معیار ورود به این مطالعه، تأهل و معیار خروج از مطالعه تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با توجه به رابطه $N = \frac{z^2 \cdot s^2}{d^2}$ محاسبه شد؛ که در این رابطه $S = 16/7$ ، $Z = 1/6$ و $d = 1/6$ در نظر گرفته شد. در نتیجه، حجم نمونه ۴۱۸ نفر برآورد گردید که ۴۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای استفاده شد. بدین‌صورت که در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۵ واحد بهداشتی درمانی از مجموع ۱۷ واحد در شهر گرگان انتخاب شدند. در مرحله بعد نیز با مراجعه به

سن زیر ۳۰ سال، ۱۵۵ نفر (۳۶/۹٪) دارای تحصیلات دیپلم و از نظر قومیت ۳۵۰ نفر (۸۳/۳٪) فارس بودند (جدول ۱). از بین زنان مورد مطالعه، ۲۸۳ نفر (۶۷/۴٪) دارای سابقه ابتلا به عفونت ادراری تناسلی بودند. میانگین نمرات کسب شده زنان مورد مطالعه در حیطه‌های مختلف بدین صورت بود: آگاهی ۷۱/۹۳±۱۶/۶۸، حساسیت درک شده ۹۲/۴۵±۸/۵۱، شدت درک شده ۷۶/۰۷±۱۳/۸۰، منافع درک شده ۹۵/۳۰±۶/۳۷، موانع درک شده ۸۶/۷۱±۹/۱۴ و عملکرد ۶۹/۸۴±۱۷/۸۷.

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی زنان مورد مطالعه بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناسی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد
گروه‌های سنی (سال)	زیر ۳۰	۲۲۷	۵۴
	۳۰-۴۰	۱۱۸	۲۸/۱
	۴۰-۵۰	۵۴	۱۲/۹
	+ ۵۰	۱۷	۴
	نامشخص	۴	۱
تحصیلات	ابتدایی	۴۱	۹/۸
	راهنمایی	۵۴	۱۲/۹
	دبیرستان	۲۵	۶
	دیپلم	۱۵۵	۳۶/۹
	تحصیلات دانشگاهی	۱۴۱	۳۳/۶
	نامشخص	۴	۱
قومیت	فارس	۳۵۰	۸۳/۳
	ترکمن	۵	۱/۲
	سیستانی	۴۷	۱۱/۲
	سایر	۱۸	۳/۴

نظرسنجی در رابطه با راهنما برای عمل نشان داد به ترتیب پزشک (۸۹/۳٪)، ماما (۶۸/۸٪) و همسر (۶۷/۴٪) بیشترین و رادیو (۲۳/۳٪) کمترین فراوانی را داشتند (جدول ۲).

گزینه موافقم سه امتیاز، نظری ندارم ۲ امتیاز و مخالفم یک امتیاز در نظر گرفته شد. حساسیت درک شده دارای ۹ سؤال بوده دامنه نمرات آن نیز بین ۹ تا ۲۷ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. شدت درک شده دارای ۷ سؤال بود. دامنه نمرات آن بین ۷ تا ۲۱ بوده و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. منافع درک شده دارای ۱۰ سؤال بود و دامنه نمرات آن بین ۱۰ تا ۳۰ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. موانع درک شده دارای ۷ سؤال بود و دامنه نمرات آن بین ۷ تا ۲۱ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. راهنما برای عمل دارای ۹ سؤال و هرکدام دارای دو گزینه بلی یا خیر بود که به گزینه بلی یک امتیاز و به گزینه خیر صفر امتیاز تعلق گرفت. عملکرد دارای ۱۶ سؤال و گزینه‌های آن شامل همیشه انجام می‌شود (۳ امتیاز)، گاهی انجام می‌شود (۲ امتیاز) و هیچ وقت انجام نمی‌شود (۱ امتیاز) بود. بدین ترتیب دامنه نمرات عملکرد بین ۱۶ تا ۴۸ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. در صورت لزوم در برخی از سؤالات معکوس سازی یا کدگذاری مجدد انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای مقایسه میانگین نمره عملکرد بر حسب گروه‌های سنی، تحصیلات و قومیت از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و در موارد معنادار جهت مقایسه سطوح از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. به منظور مقایسه میانگین نمره عملکرد با سابقه ابتلا به عفونت از آزمون تی مستقل استفاده شد. برای تعیین همبستگی بین عملکرد با سازه‌ها و متغیر آگاهی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت رعایت اخلاقیات پرسشنامه‌ها بدون نام و نشان بوده و کلیه افراد به صورت آگاهانه و با رضایت در پژوهش شرکت کردند و اطلاعات افراد به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی- درمانی شهر گرگان با میانگین سنی ۳۱/۸۰±۹/۱۶ مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ۲۲۷ نفر (۵۴٪) دارای

جدول ۲. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی راهنما برای عمل در زنان مراجعه کننده به پایگاه های بهداشتی شهر گرگان

راهنما برای عمل	بلی		خیر		نامشخص	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
همسر	۲۸۳	۶۷/۴	۱۳۶	۳۲/۴	۱	۰/۲
مادر	۲۳۱	۵۵	۱۸۸	۴۴/۸	۱	۰/۲
خواهر	۲۰۸	۴۹/۵	۲۱۱	۵۰/۲	۱	۰/۲
پزشک	۳۷۵	۸۹/۳	۴۴	۱۰/۵	۱	۰/۲
ماما	۲۸۹	۶۸/۸	۱۳۰	۳۱	۱	۰/۲
رابطین بهداشتی	۲۴۱	۵۷/۴	۱۷۸	۴۲/۴	۱	۰/۲
تلویزیون	۲۵۱	۵۹/۸	۱۶۸	۴۰	۱	۰/۲
رادیو	۹۸	۲۳/۳	۳۲۱	۷۶/۴	۱	۰/۲
برگه های آموزشی	۲۲۷	۵۴	۱۹۲	۴۵/۷	۱	۰/۲

طبق آزمون آنالیز واریانس میانگین نمره عملکرد در گروه های سنی و قومیت های مختلف اختلاف معناداری نداشت. طبق آزمون تی مستقل بین میانگین نمره عملکرد و سابقه ابتلا به عفونت نیز اختلاف معناداری نداشت. میانگین نمره عملکرد در گروه های تحصیلی معنادار شد (جدول ۳). آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین نمره عملکرد زنان با تحصیلات دانشگاهی به طور معناداری بیشتر از زنان با تحصیلات ابتدایی (p=۰/۰۱۱) و راهنمایی (p=۰/۰۲۹) است. همچنین میانگین نمره عملکرد زنان با تحصیلات دیپلم نیز به طور معناداری بیشتر از زنان با سطح تحصیلات ابتدایی است (p=۰/۰۳۰).

جدول ۳. میانگین نمرات عملکرد زنان بر حسب گروه های سنی، تحصیلات، قومیت و سابقه ابتلا به عفونت

نتیجه آزمون	میانگین ± انحراف معیار			نتیجه آزمون	میانگین ± انحراف معیار		
		بلی	خیر			بلی	خیر
p<۰/۰۰۱ f=۳/۴۸	۸۳/۰۷±۱۲/۰۵	ابتدایی	تحصیلات	p=۰/۱۰ f=۲/۰۶	۸۶/۰۷±۸/۹۷	زیر ۳۰	گروه های سنی (سال)
	۸۵/۱۴±۷/۷۵	راهنمایی			۸۸/۴۳±۸/۸۶	۳۰-۴۰	
	۸۸/۷۵±۷/۳۴	دیپستان			۸۶/۳۰±۱۰/۰۶	۵۰-۴۰	
	۸۶/۵۴±۹/۱۴	دیپلم			۸۴/۸۰±۹/۱۹	+۵۰	
	۸۶/۷۵±۹/۱۵	دانشگاهی					
p=۰/۱۱ f=۰/۷۷	۸۶/۴۶±۸/۵۷	بلی	سابقه ابتلا به عفونت	p=۰/۳۸ f=۱/۰۲	۸۶/۷۶±۹/۱۱	فارس	قومیت
	۸۷/۲۱±۱۰/۲۵	خیر			۹۲/۰۸±۶/۶۵	ترکمن	
				۸۵/۳۲±۹/۶۸	سیستانی		
				۸۷/۸۴±۸/۹۳	سایر		

بین عملکرد با آگاهی و منافع درک شده همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. همچنین بین آگاهی با حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع درک شده همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۴. ضریب همبستگی عملکرد، آگاهی و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی

متغیرها	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	عملکرد
آگاهی	r=۰/۱۹ p<۰/۰۰۱	r=۰/۲۳ p<۰/۰۰۱	r=۰/۲۴ p<۰/۰۰۱	r=۰/۲۴ p=0.38	r=۰/۳۰ p<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	-	r=۰/۰۲ p=۰/۶۶	r=۰/۱۹ p<۰/۰۰۱	r=۰/۱۱ p=۰/۰۲	r=۰/۰۵ p=۰/۹۲
شدت درک شده	-	-	r=۰/۲۸ p<۰/۰۰۱	r=۰/۳۴ p<۰/۰۰۱	r=۰/۰۲ p=۰/۶۶
منافع درک شده	-	-	-	r=۰/۰۴ p=۰/۳۵	r=۰/۱۶ p<۰/۰۰۱
موانع درک شده	-	-	-	-	r=۰/۰۷ p=۰/۱۴

بحث

گیرد. از این طریق می توان تأثیر آموزش و راهنمایی این افراد را ارتقاء بخشید و نقش مهمی در ارتقاء سلامت زنان جامعه برداشت. در مطالعه حاضر میانگین نمره حساسیت درک شده در زنان مورد مطالعه مطلوب بود. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) نیز درصد بالایی از زنان حساسیت درک شده خوبی داشتند. گرچه حساسیت درک شده بالا می تواند پیشگویی کننده مطلوبی برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در نظر گرفته شود و مطالعات حساسیت بالا را موضوعی مثبت تلقی کرده اند، اما باید به این نکته توجه داشت که حساسیت بالا در اثر دو عامل شکل می گیرد: یکی برنامه های آموزشی با تأکید بر حساسیت درک شده و بیان شیوع مشکلات مربوطه در جامعه و دومی از طریق درگیر شدن افراد با مشکل مورد نظر. لذا به نظر می رسد با توجه به شیوع نسبتاً بالای عفونت های مذکور در کشور ما، حساسیت بالای افراد در نتیجه ابتلا به بیماری ایجاد شده است. بنابراین، پیشنهاد می شود ارتقاء سطح حساسیت درک شده قبل از ابتلا به بیماری و از طریق آموزش صورت گیرد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره شدت درک شده در زنان مورد مطالعه مطلوب بود. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) نیز درصد بالایی از زنان شدت درک شده خوبی داشتند؛ اما در مطالعه فرخ زادیان و همکاران (۱۳) اکثر زنان به عوارض خطرناک ابتلا به عفونت واقف نبودند و گمان می کردند ابتلا به عفونت نمی تواند مرگ را در پی داشته باشد. در مطالعه کانینگهام و همکاران (۱۶) این موضوع تأکید شد که افراد در زمینه شدت درک شده دارای دو پاسخ شناختی و هیجانی یا عاطفی هستند؛ که این پاسخ ها به طور مستقل بر رفتار آن ها در جهت مراجعه برای درمان اثر می گذارد به طوری که پاسخ شناختی فرد را در جهت انجام رفتار ترغیب می نماید؛ اما پاسخ عاطفی به عنوان مانعی فرد را از مراجعه جهت تشخیص و درمان بازمی دارد. زیرا فرد از این که مشکلی در او تشخیص داده شود، به شدت هراس دارد. لذا پیشنهاد می شود در کنار ارتقاء منطقی سطح شدت درک شده، موانع عاطفی نیز بررسی و تعدیل یا کاهش داده شوند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی زنان مطلوب بود و این موضوع می تواند بیانگر این امر باشد که آموزش های ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی جهت پیشگیری از عفونت های ادراری تناسلی در زمینه ارتقاء سطح آگاهی نسبتاً مطلوب است. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) $30/9\%$ زنان باردار نمره آگاهی خوب و $65/4\%$ آگاهی شان در سطح متوسط بود. در مطالعه فرخ زادیان و همکاران (۱۳) اکثر واحدهای مورد پژوهش دانش نسبتاً خوبی در زمینه پیشگیری از عفونت های دستگاه تناسلی داشتند. همان طور که ذکر شد مطالعات گوناگونی این موضوع را تصریح نموده اند که وضعیت آگاهی زنان در این زمینه در سطح مطلوبی است، اما علی رغم آگاهی مطلوب، میزان عفونت ها در زنان بالا است. لذا به نظر می رسد تنها ارتقاء دادن سطح آگاهی نمی تواند منجر به پیشگیری از عفونت ها شود؛ که این موضوع بیانگر لزوم استفاده از سایر عوامل مؤثر بر رفتار است. لذا پیشنهاد می شود کارکنان نظام بهداشت و درمان در زمینه استفاده از نظریه ها و الگوهای آموزش بهداشت برای ارتقاء عملکرد زنان و کاهش عفونت ها آموزش داده شوند. کارایی الگوهای آموزشی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۵) کارایی مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه ارتقاء رفتارهای پیشگیرانه از عفونت های ادراری مورد تأکید قرار گرفت. در سازه راهنما برای عمل، مهم ترین راهنماها برای عمل به ترتیب پزشک ($89/3\%$)، ماما ($68/8\%$) و همسر ($67/4\%$) بودند. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲)، $71/8\%$ از طریق خانواده (مادر و خواهر و...) برای پیشگیری از عفونت ادراری راهنمایی شده بودند. در مطالعه فرخ زادیان و همکاران (۱۳) بیشترین منبع دریافت اطلاعات (19%) مرکز بهداشت بود. لذا پیشنهاد می شود با توجه به شرایط و محیط های کاری هر کدام از کارکنان نظام سلامت، دوره ها و آموزش های خاصی در زمینه توانمندسازی آن ها جهت به کارگیری اصول و الگوهای آموزش سلامت برگزار گردد و آموزش تخصصی در آن حوزه صورت

در مطالعه حاضر منافع درک شده در سطح مطلوبی بود که با مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) همخوانی دارد. این موضوع بیانگر این است که اکثر زنان نگرشی مثبت به پیشگیری از عفونت‌های دستگاه ادراری- تناسلی داشته‌اند و منافع آن را به خوبی درک نموده‌اند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره موانع درک شده در سطح بالایی بود. لازم به ذکر است که هر چه موانع درک شده بیشتر باشد، احتمال انجام رفتار کاهش می‌یابد و موانع درک شده در الگوی اعتقاد بهداشتی مهم‌ترین سازه پیشگویی‌کننده رفتار است. لذا می‌بایست در برنامه‌های مداخله‌ای موانع موجود در مسیر انجام فعالیت‌های پیشگیری‌کننده را برطرف نمود. از سویی، در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین موانع درک شده و رفتار مشاهده نشد. لذا نیاز به مطالعه و بررسی دقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعه فرخ‌زادبان و همکاران (۱۳) زنان مورد پژوهش اظهار داشتند که معاینه دستگاه تناسلی ناراحت‌کننده و خجالت‌آور است و علت آن هم احتمالاً ناشی از تجربه بد خانم‌ها از معاینه اول، توجه نکردن به محدوده قلمرو و نیازهای عاطفی و روانی فرد و دقت نکردن معاینه‌کننده در رعایت اصول معاینه است. لذا پیشنهاد می‌شود افرادی که مراقبت‌های زنان را انجام می‌دهند مانند ماما، پزشک زنان و غیره در رابطه با اهمیت و اصول مهارت‌های ارتباط بین فردی آموزش داده شوند و توانمندی آن‌ها در زمینه برقراری ارتباط صمیمانه با بیمار افزایش یابد و از این طریق موانع درک شده در این زمینه را کاهش داد. زیرا به نظر می‌رسد عمده موانع درک شده، موانع ذهنی و عاطفی باشند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره عملکرد زنان در سطح مطلوبی بود. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) عملکرد زنان باردار در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت در حد متوسط بود. با توجه به این که عملکرد از طریق خود گزارش‌دهی بررسی شده است، به نظر می‌رسد عملکرد گزارش شده با عملکرد واقعی تفاوت داشته باشد. زیرا درصد بالایی از زنان سابقه ابتلا به عفونت

داشتند. از طرفی، به نظر می‌رسد ابتلا به عفونت منجر به بهبود عملکرد شده باشد؛ اما در مطالعه حاضر بین میانگین نمره عملکرد با سابقه ابتلا به عفونت رابطه معناداری مشاهده نشد. در مطالعه حاضر بین میانگین نمره عملکرد با سن و قومیت رابطه معناداری مشاهده نشد؛ اما بین عملکرد و تحصیلات رابطه معناداری مشاهده شد. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، عملکرد نیز افزایش یافت. در مطالعه فرخ‌زادبان و همکاران (۱۳) بین میانگین نمره عملکرد بر حسب گروه‌های سنی و تحصیلات تفاوت معناداری وجود داشت. تأثیر مطلوب تحصیلات بر عملکردهای مختلف بهداشتی در مطالعات زیادی از جمله سبک زندگی (۲۱) و مصرف میوه و سبزیجات (۲۲) مورد تأکید قرار گرفته است. لذا به نظر می‌رسد یکی از سیاست‌های مهمی که نه تنها موجب ارتقاء سطح سلامت جامعه و نیز موجب بهبود بسیاری از شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌شود، ارتقاء سطح تحصیلات جامعه است. لذا همکاری و هماهنگی بین بخشی در تمام نهادهایی که به نوعی می‌توانند در این زمینه نقش مؤثری ایفا نمایند ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر بین نمره آگاهی با حساسیت، شدت، منافع درک شده و عملکرد همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت، در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) نیز بین آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان باردار همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. در مطالعه فرخ‌زادبان و همکاران (۱۳) بین دانش، نگرش و عملکرد ارتباط معناداری وجود داشت. با توجه به این موضوع، به نظر می‌رسد اولین گام برای بهبود عملکرد و دیگر سازه‌های الگو، بالا بردن سطح آگاهی مردم است. لذا هر نوع مداخله بر روی آگاهی به عنوان عامل تعدیل‌کننده بر سازه‌های مذکور تأثیرگذار خواهد بود و با توجه به همبستگی مثبت و معنادار بین آگاهی و سازه‌های مذکور، این گونه به نظر می‌رسد که آموزش‌های ارائه شده از سوی مراکز بهداشتی به خوبی توانسته اهداف خود را در سه حیطه شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی دنبال کند. با وجود این، پیشنهاد می‌شود با استفاده از اصول و روش‌های

7. Desforjes JF, Stamm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infections in adults. *New England journal of medicine*. 1993;329(18):1328-34. [Abstract/FREE Full Text](#)
8. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs. *Annals of epidemiology*. 2000;10(8):509-15. [Abstract/FREE Full Text](#)
9. Vahedian-Shahroodi M, Elaheh L-m, Esmaily H, Tehrani H, Hamidreza M-H. Prediction of Osteoporosis Preventive Behaviors using the Health Belief Model. *Iranian Journal of Health Education & Promotion*. 2014;2(3):199. [Abstract/FREE Full Text](#)
10. Tehrani FJ, Nikpour S, Kazemi EAH, Sanaie N, Panahi SAS. The Effect of Education Based on Health Belief Model on Health Beliefs of Women with Urinary Tract Infection. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2014;2(1):2. [Abstract/FREE Full Text](#)
11. Mohammadi M-R, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2005;1(1):16. [Abstract/FREE Full Text](#)
12. Taghdisi M, Nejjadsadeghi E. Evaluation of knowledge, attitude and health behaviour of the pregnant women consulted in Behbahan Health Centers in the field of urinary infections based on the health belief model (HBM). *Modern Care Journal*. 2011;8(3):143-51. [Abstract/FREE Full Text](#)
13. Farokhzadian J, Shahrababaki PM. Survey of Women's Knowledge, Attitude and Practice Regarding Prevention of Common Genital Tract Infection. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;136:381-4. [Abstract/FREE Full Text](#)
14. Miri MR, Fani MJ, Matlabi M. Using health belief model S.T.Ds on medical students. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences (Ofoghe-e-Danesh)*. 2002; 8(1):26-34. [Abstract/FREE Full Text](#)
15. Taghdisi MH, Nejjadsadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *Journal of Research & Health*. 2012;2(1):44-54. [Abstract/FREE Full Text](#)
16. Cunningham SD, Kerrigan D, Pillay KB, Ellen JM. Understanding the role of perceived severity in STD-related care-seeking delays. *Journal of adolescent health*. 2005;37(1):69-74. [Abstract/FREE Full Text](#)
17. Abedi P, Jamali S, Tadayon M, Parhizkar S, Mogharab F. Effectiveness of selective vaginal tightening on sexual function among reproductive aged women in Iran with vaginal laxity: A quasi-experimental study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014;40(2):526-31. [Abstract/FREE Full Text](#)
18. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AE, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *New*

علمی و نوین آموزشی میزان اثربخشی آموزش‌ها افزایش یابد. در مطالعه حاضر بین نمره عملکرد با منافع درک‌شده همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. لذا پیشنهاد می‌شود در مداخلات آموزشی در زمینه پیشگیری از عفونت‌های ادراری تناسلی بر سازه منافع درک‌شده، تأکید بیشتری شود. خود گزارش‌دهی عملکرد از محدودیت‌های مطالعه حاضر به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری: میانگین نمرات آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و عملکرد در سطح مطلوب بود؛ اما میانگین نمره موانع درک‌شده در سطح بالایی بود. با توجه به همبستگی بین عملکرد با آگاهی و منافع درک‌شده و نقش مهم پزشک، ماما و همسر بر عملکرد زنان، پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی توسط پزشکان و ماماها با تأکید بر افزایش آگاهی و درک زنان از منافع انجام رفتارهای بهداشتی صورت پذیرد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کلیه افرادی که در اجرای مطالعه همکاری نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Tehrani H, Khanjani N, Majlessi F, Sadeghi R, Doostan F. Modern media-based intervention on promotion of women's physical activity. *Wulfenia journal*. 2014;21(6):260-70. [Abstract/FREE Full Text](#)
2. Cockerham WC. Medical sociology. *International Review of Modern Sociology*. 1981:231-50. [View Link](#)
3. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual review of public health*. 2009;30:175-201. [Abstract](#)
4. Joshi S, Schultz TP. Family planning and women's and children's health: Long-term consequences of an outreach program in Matlab, Bangladesh. *Demography*. 2013;50(1):149-80. [Abstract/FREE Full Text](#)
5. Fisher A, Laing J, Stoeckel J. *Handbook for family planning operations research design*: Population Council; 1983. [View Link](#)
6. Research IoMPoHS, Kessner DM, Kalk CE. A strategy for evaluating health services: National Academies; 1973. [View Link](#)

years. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(110):22-8.

[Abstract/FREE Full Text](#)

21. Heshmati H, Asnashari R, Khajavi S, Charkazi A, Babak A, Hosseini SG, et al. Life Style of Elderly in Kashmar, Iran 2012. Journal Of Research Development in Nursing & Midwifery. 2014;11(1):39-50. [Abstract/FREE Full Text](#)

22. Heshmati H, Khajavi S, Alizadehsiuki H. An Investigation of the Perceived Barriers of Fruit and Vegetable consumption among Female High School Students in Gochan, 2013. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Science. 2014;1(4):67-77. [Abstract/FREE Full Text](#)

England journal of medicine. 1996;335(7):468-74.

[Abstract/FREE Full Text](#)

19. Taghdisi MH, NejadSadeghi E. Evaluation of pregnant women in the field of Urinary Tract Infection according to the components of Health Belief Model. Journal of Jahrom University of Medical Sciences, 2011;8(4):36-42.

[Abstract/FREE Full Text](#)

20. Hashemi Parast M, Shojaizade D, Dehdari T, Gohari MR. Design and evaluation of educational interventions on the health belief model to promote preventive behaviors of urinary tract infection in mothers with children less than 6