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 پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

هاشم حشمتی
مربی گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تربت‌حیدریه، تربت‌حیدریه، ایران

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

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۱۲

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 پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری تناسلی در زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی اجرا شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی، ۴۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی شهر گرگان به روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای انتخاب شدند و داده‌ها از طریق پرسشنامه خودایفای روا و پایا، که مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی تنظیم‌شده بود، جمع‌آوری گردید. برای تفسیر داده‌ها از SPSS۱۸ و روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تجزیه‌وتحلیل واریانس یک‌طرفه) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان موردمطالعه ۹/۱۶±۳۱/۸۰ بود. میانگین نمره آگاهی ۱۶/۶۸ ±۷۱/۹۳.. میانگین نمره حساسیت درک‌شده ۸/۵۱ ±۹۲/۴۵، میانگین نمره شدت درک‌شده ۱۳/۸۰ ±۷۶/۰۷ و میانگین نمره منافع درک‌شده ۶/۳۷ ±۹۵/۳۰ بود. میانگین نمره موانع درک‌شده ۱۷/۸۷ ±۸۴/ و میانگین نمره عملکرد ۹/۱۴ ±۸۶/۷۱ بود. بین عملکرد با آگاهی و منافع درک‌شده همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. پزشک، ماما و همسر مهم‌ترین راهنماها برای عمل بودند.

نتیجه‌گیری: وضعیت آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و عملکرد در سطح مطلوب بود؛ اما موانع درک‌شده در سطح بالایی بودند. با توجه به همبستگی بین عملکرد با آگاهی و منافع درک‌شده 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 پیشگیری‌کننده، گرگان.

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

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[1] 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 تحمیل هزینه‌های بالای درمانی، اقتصادی و اجتماعی ضروری است (۴). با توجه به اهمیت موضوع، مطالعات گوناگونی در زمینه بروز و شیوع این عفونت‌ها انجام‌شده است. به‌طور مثال، در مطالعه دسفورگس و همکارانی (۷) مشخص شد شیوع عفونت‌های مجاری ادراری زیاد است و 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 ایالات‌متحده 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 موردبررسی 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 انجام‌شده است؛ ازجمله 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

1. urinary tract infection (UTI)

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 انجام‌شده 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 موردمطالعه 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 $N = \frac{z^2 s^2}{d^2}$ محاسبه شد؛ که در این رابطه S=۱۶/۷ ، Z =۱/۶ و d=۱/۶ در نظر گرفته شد. درنتیجه، حجم نمونه ۴۱۸ نفر برآورد گردید که ۴۲۰ نفر موردبررسی 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 واحدهای فوق با توجه به جمعیت تحت پوشش هر واحد حجم نمونه تعیین‌شد 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 تائید قرار گرفت. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی استفاده شد؛ بدین‌صورت که ابتدا پرسشنامه بر اساس کتب، منابع و پرسشنامه‌های مشابه (۱۹،۱۵،۱۲) 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 کودر- 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). تجزیه‌وتحلیل 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

گزینه موافقم سه امتیاز، نظری ندارم ۲ امتیاز و مخالفم یک امتیاز در نظر گرفته شد. حساسیت درک‌شده دارای ۹ سؤال بود؛ دامنه نمرات آن نیز بین ۹ تا ۲۷ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. شدت درک‌شده دارای ۷ سؤال بود. دامنه نمرات آن بین ۷ تا ۲۱ بوده و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. منافع درک‌شده دارای ۱۰ سؤال بود و دامنه نمرات آن بین ۱۰ تا ۳۰ بود و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. موانع درک‌شده 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 هیچ‌وقت 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 معکوس‌سازی یا کدگزاری مجدد انجام شد.

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از SPSS۱۸ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. برای مقایسه میانگین نمره عملکرد بر حسب گروه‌های سنی، تحصیلات و قومیت از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و در موارد معنادار جهت مقایسه سطوح از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. به‌منظور 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 به‌صورت آگاهانه و با رضایت در پژوهش شرکت کردند و اطلاعات افراد به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی- درمانی شهر گرگان با میانگین سنی ۹/۱۶±۳۱/۸۰ موردبررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ۲۲۷ نفر (۵۴٪) دارای سن زیر ۳۰ سال، ۱۵۵ نفر (۳۶/۹٪) دارای تحصیلات دیپلم و ازنظر قومیت ۳۵۰ نفر (۸۳/۳٪) فارس بودند (جدول ۱). از بین زنان موردمطالعه، ۲۸۳ نفر (۶۷/۴٪) دارای سابقه ابتلا به عفونت ادراری تناسلی بودند. میانگین نمرات کسب‌شده زنان موردمطالعه در حیطه‌های مختلف بدین‌صورت بود: آگاهی ۱۶/۶۸±۷۱/۹۳، حساسیت درک‌شده ۸/۵۱±۹۲/۴۵، شدت درک‌شده ۱۳/۸۰±۷۶/۰۷، منافع درک‌شده ۶/۳۷ ±۹۵/۳۰، موانع درک‌شده ۱۷/۸۷±۶۹/۸۴ و عملکرد ۹/۱۴±۸۶/۷۱.

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

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد
گروه‌های سنی (سال)	زیر ۳۰	۲۲۷	۵۴
	۴۰-۳۰	۱۱۸	۲۸/۱
	۵۰-۴۰	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	¾

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).

جدول ۲. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی راهنما برای عمل در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های 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
برگه‌های آموزشی	۲۲۷	۵۴	۱۹۲	۴۵/۷	۱	۰/۲

طبق آزمون آنالیز واریانس میانگین نمره عملکرد در گروه‌های سنی و قومیت‌های 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 گروه‌های تحصیلی معنادار شد (جدول ۳). آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین نمره عملکرد زنان با تحصیلات دانشگاهی به‌طور 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 به‌طور معناداری بیشتر از زنان با سطح تحصیلات ابتدایی است (p=۰/۰۳۰).

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

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

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

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

متغیرها	حساسیت درک‌شده	شدت درک‌شده	منافع درک‌شده	موانع درک‌شده	عملکرد
آگاهی	۰ r=/۱۹ ۰/p<۰۰۱	۰/r=۲۳ ۰/p<۰۰۱	۰/r=۴۱ ۰/p<۰۰۱	-۰/r= ۰۴ p= 0.38	۰/r= ۳۰ ۰/p<۰۰۱
حساسیت درک‌شده	-	۰/r=۰۲ ۰/p=۶۶	۰/r=۱۹ ۰/p<۰۰۱	-۰/r= ۱۱ ۰/p=۰۲	-۰/r= ۰۰۵ ۰/p= ۹۲
شدت درک‌شده	-	-	۰/r=۲۸ ۰/p<۰۰۱	۰/r=۳۴ ۰/p<۰۰۱	۰/r= ۰۲ ۰/p= ۶۶
منافع درک‌شده	-	-	-	۰/r= ۰۴ ۰/p= ۳۵	۰/r= ۱۶ ۰/p<۰۰۱
موانع درک‌شده	-	-	-	-	۰/r= ۰۷ ۰/p= ۱۴

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی زنان مطلوب بود و این موضوع می‌تواند بیانگر این امر باشد که آموزش‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی درمانی جهت پیشگیری از عفونت‌های ادراری تناسلی در زمینه ارتقاء سطح آگاهی نسبتاً مطلوب است. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) ۳۰/۹٪ زنان باردار نمره آگاهی خوب و ۶۵/۴٪ آگاهی‌شان در سطح متوسط بود. در مطالعه فرخ‌زادیان و همکاران (۱۳) اکثر واحدهای موردپژوهش دانش نسبتاً خوبی در زمینه پیشگیری از عفونت‌های دستگاه تناسلی داشتند. همان‌طور که ذکر شد مطالعات گوناگونی این موضوع را تصریح نموده‌اند که وضعیت آگاهی زنان در این زمینه در سطح مطلوبی است، اما علی‌رغم آگاهی مطلوب، میزان عفونت‌ها در زنان بالا است. لذا به نظر می‌رسد تنها ارتقاءدادن سطح آگاهی نمی‌تواند منجر به پیشگیری از عفونت‌ها شود؛ که این موضوع بیانگر لزوم استفاده از سایر عوامل مؤثر بر رفتار است. لذا پیشنهاد می‌شود کارکنان نظام بهداشت و درمان در زمینه استفاده از نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت برای ارتقاء عملکرد زنان و کاهش عفونت‌ها آموزش داده شوند. کارایی الگوهای آموزشی در مطالعات مختلف موردبررسی قرارگرفته است. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۵) کارایی مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه ارتقاء رفتارهای پیشگیرانه از عفونت‌های ادراری مورد تأکید قرار گرفت.

در سازه راهنما برای عمل، مهم‌ترین راهنماها برای عمل به ترتیب پزشک (۸۹/۳٪)، ماما (۶۸/۸٪) و همسر (۶۷/۴٪) بودند. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲)، ۷۱/۸٪از طریق خانواده (مادر و خواهر و...) برای پیشگیری از عفونت ادراری راهنمایی شده بودند. در مطالعه فرخ‌زادیان و همکاران (۱۳) بیشترین منبع دریافت اطلاعات (۱۹٪) مرکز بهداشت بود. لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به شرایط و محیط‌های کاری هرکدام از کارکنان نظام سلامت، دوره‌ها و آموزش‌های خاصی در زمینه توانمندسازی آن‌ها جهت به‌کارگیری اصول و الگوهای آموزش سلامت برگزار گردد و آموزش تخصصی در آن حوزه صورت گیرد. از این طریق می‌توان تأثیر آموزش و راهنمایی این افراد را ارتقاء بخشید و نقش مهمی در ارتقاء سلامت زنان جامعه برداشت.

در مطالعه حاضر میانگین نمره حساسیت درک‌شده در زنان موردمطالعه مطلوب بود. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) نیز درصد بالایی از زنان حساسیت درک‌شده خوبی داشتند. گرچه حساسیت درک‌شده بالا می‌تواند پیشگویی‌کننده مطلوبی برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در نظر گرفته شود و مطالعات حساسیت بالا را موضوعی مثبت تلقی کرده‌اند، اما باید به این نکته توجه داشت که حساسیت بالا در اثر دو عامل شکل می‌گیرد: یکی برنامه‌های آموزشی با تأکید بر حساسیت درک‌شده و بیان شیوع مشکلات مربوطه در جامعه و دومی از طریق درگیر شدن افراد با مشکل موردنظر. لذا به نظر می‌رسد با توجه به شیوع نسبتاً بالای عفونت‌های مذکور در کشور ما، حساسیت بالای افراد درنتیجه ابتلا به بیماری ایجادشده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود ارتقاء سطح حساسیت درک‌شده قبل از ابتلا به بیماری و از طریق آموزش صورت گیرد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره شدت درک‌شده در زنان موردمطالعه مطلوب بود. در مطالعه تقدیسی و نژادصادقی (۱۲) نیز درصد بالایی از زنان شدت درک‌شده خوبی داشتند؛ اما در مطالعه فرخ‌زادیان و همکاران (۱۳) اکثر زنان به عوارض خطرناک ابتلا به عفونت واقف نبودند و گمان می‌کردند ابتلا به عفونت نمی‌تواند مرگ را در پی داشته باشد. در مطالعه کانینگهام و همکاران (۱۶) این موضوع تأکید شد که افراد در زمینه شدت درک‌شده دارای دو پاسخ شناختی و هیجانی یا عاطفی هستند؛ که این پاسخ‌ها به‌طور مستقل بر رفتار آن‌ها در جهت مراجعه برای درمان اثر می‌گذارد به‌طوری‌که پاسخ شناختی فرد را در جهت انجام رفتار ترغیب می‌نماید؛ اما پاسخ عاطفی به‌عنوان مانعی فرد را از مراجعه جهت تشخیص و درمان بازمی‌دارد. زیرا فرد از این‌که مشکلی در او تشخیص داده شود، به‌شدت هراس دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در کنار ارتقاء منطقی سطح شدت درک‌شده، موانع عاطفی نیز بررسی و تعدیل یا کاهش داده شوند.

در مطالعه حاضر منافع درک‌شده 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 به‌خوبی درک نموده‌اند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره موانع درک‌شده در سطح بالایی بود. لازم به ذکر است که هر چه موانع درک‌شده بیشتر باشد، احتمال انجام رفتار کاهش می‌یابد و موانع درک‌شده 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 درک‌شده و رفتار مشاهده نشد. لذا نیاز به مطالعه و بررسی دقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعه فرخ‌زادیان و همکاران (۱۳) زنان موردپژوهش اظهار داشتند که معاینه دستگاه تناسلی ناراحت‌کننده و خجالت‌آور است و علت آن‌هم احتمالاً ناشی از تجربه بد خانم‌ها از معاینه اول، توجه نکردن به محدوده قلمرو و نیازهای عاطفی و روانی فرد و دقت نکردن معاینه کننده 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 درک‌شده در این زمینه را کاهش داد. زیرا به نظر می‌رسد عمده موانع درک‌شده، 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 این‌که عملکرد از طریق خودگزارش‌دهی بررسی‌شده است، به نظر می‌رسد عملکرد گزارش‌شده 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. به‌طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات، عملکرد نیز افزایش یافت. در مطالعه فرخ‌زادیان 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 ازجمله سبک زندگی (۲۱) و مصرف میوه و سبزیجات (۲۲) مورد تأکید قرارگرفته است. لذا به نظر می‌رسد یکی از سیاست‌های مهمی که نه‌تنها 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 به‌نوعی می‌توانند در این زمینه نقش مؤثری ایفا نمایند ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر بین نمره آگاهی با حساسیت، شدت، منافع درک‌شده 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 فرخ‌زادیان 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 به‌عنوان عامل تعدیل‌کننده بر سازه‌های مذکور تأثیرگذار خواهد بود و با توجه به همبستگی مثبت و معنادار بین آگاهی و سازه‌های مذکور، این‌گونه به نظر می‌رسد که آموزش‌های ارائه‌شده از سوی مراکز بهداشتی به‌خوبی توانسته اهداف خود را در سه حیطه شناختی، عاطفی و روانی- حرکتی دنبال کند. باوجوداین، پیشنهاد می‌شود با استفاده از اصول و روش‌های

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 اداری تناسلی بر سازه منافع درک‌شده، تأکید بیشتری شود. خودگزارش‌دهی 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

7. Desforges 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, Pouretemad 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, Nejadsadeghi 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, Shahrbabaki 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.
Qurteryly of the Horizon of Medical Sciences (Ofoghe-e-Danesh).2002; 8(1):26-34. Abstract/FREE Full Text

15. 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 & 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

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 Uiversity 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 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