

دانشور

پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - شماره ۱۰۸
دی ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۷
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۱۰/۲۱
پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در زنان باردار شهر کرج در سال ۱۳۹۲

نویسندگان: مرضیه جلالی^۱، محسن شمسی^{۲*}، نسرین روزبهانی^۳ و کوروش کبیر^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران

۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

E-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

* نویسنده مسئول: محسن شمسی

چکیده

مقدمه و هدف: از آنجاکه یکی از عوامل تأثیرگذار روی نتیجه بارداری، عفونت‌های ادراری است، پژوهش حاضر بر مبنای سازه‌های الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده به بررسی وضعیت زنان باردار در این زمینه پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۸۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج به صورت نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته، شامل آگاهی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده است که نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار در گذشته و قصد رفتاری را در برمی‌گرفت؛ روایی و پایایی پرسش‌نامه، قبل از مطالعه بررسی شد.

نتایج: میانگین سنی زنان باردار مورد بررسی $26 \pm 5/8$ سال بود که ۶۰٪ درصد آنان، دارای نمره آگاهی خوب بودند. زنان باردار در بخش عادات بهداشتی، بیشترین نمره و در بخش عادات تغذیه‌ای، کمترین نمره را داشتند. نمره قصد رفتاری ۸۷٪ درصد (۱۵۷ نفر) نمونه‌ها خوب بود. براساس ضریب همبستگی اسپیرمن، میان آگاهی و سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$)؛ اما میان نمره نگرش نمونه‌ها و تحصیلات آنها، ارتباطی معنی‌دار وجود نداشت ($p = 0/538$).

نتیجه‌گیری: الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌تواند به عنوان ابزاری در ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه عفونت‌های ادراری، مؤثر واقع شود. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، روی عادات تغذیه مادران باردار، مداخلات آموزشی صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: عفونت ادراری، زنان باردار، الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده

مقدمه

عفونت مجاری ادراری، شایع‌ترین عفونت میکروبی در زمان بارداری است که باکتریوری بدون علامت از سایر موارد، شایع‌تر است (۱)؛ این عفونت، پس از کم‌خونی، دومین عارضه طبی شایع در حاملگی است که اگر درست درمان نشود، تأثیری عمده بر نتیجه بارداری دارد (۲). سالانه ۲۵ درصد زنان به عفونت دستگاه ادراری مبتلا می‌شوند و هر ساله، ۷ میلیون نفر برای بررسی این عفونت یا علائم مربوط به آن به پزشکان مراجعه می‌کنند (۳). شیوع عفونت ادراری در زنان، یک شاخص مهم بهداشتی جامعه محسوب می‌شود. بیش از ۴۰ تا ۵۰ درصد از خانم‌ها طی حیات خود، دست‌کم یک‌بار به عفونت علامت‌دار دستگاه ادراری دچار می‌شوند (۵). برآورد شده است که هزینه‌های سالیانه ۷ میلیون وقوع عفونت مثانه در زنان جوان ایالت متحده، بالغ بر یک میلیارد دلار بوده است (۶). عفونت سیستم ادراری، علاوه بر تحمیل هزینه‌های سنگین اقتصادی به جامعه در طول مدت بارداری نیز، باعث بروز عوارضی، روی مادر و جنین می‌شود؛ از جمله باعث پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس، محدودیت رشد داخلی رحم، عقب‌ماندگی ذهنی و تأخیر در تکامل نوزاد و افزایش وزن پایین حین تولد، افزایش خطر مرگ‌ومیر جنین، آنمی مادر، عفونت استرپتوکوک B نوزاد، سپسیس و درنهایت، شوک مادر می‌شود (۷ و ۸).

محققان معتقدند، آموزش، رکن اساسی تمام رفتارهای پیشگیری‌کننده است. آموزش بهداشت، فرایندی برای آموختن به افراد یا گروه‌ها در جهت ارتقا، حفظ و بازسازی سلامت آنهاست؛ در واقع، آموزش بهداشت، عاملی مهم است برای ارتقای تندرستی، بالابردن کیفیت‌ها و استانداردهای زندگی سالم، افزایش مشارکت جامعه در فعالیت‌های رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی. ارزش برنامه‌های آموزشی بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه‌ها نیز به مقدار زیادی به استفاده صحیح از نظریه‌ها و مدل‌ها در آموزش بهداشت بستگی دارد (۹). در عمل،

نظریه‌هایی متعدد برای ارائه آموزش‌های بهداشتی وجود دارند که در انتخاب آنها باید بسیار دقت کنیم؛ در این میان، یکی از نظریه‌های مهم، مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و یکی از نظریه‌های تغییر رفتار است؛ براساس این نظریه، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار در هر فرد، قصد رفتاری است که تحت تأثیر سه سازه «نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک‌شده» قرار دارد (۱۰). نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور پیش‌بینی و درک رفتار استفاده می‌شود و در واقع، این نظریه، حاوی طیف رفتاری از تغییر رفتار، قصد رفتار تا نمایش رفتار است و تأثیر آن به صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تأیید شده است (۱۱ تا ۱۴). از آنجاکه رفتار، عملی آشکار است که آگاهانه یا ناآگاهانه صورت می‌گیرد، آموزش بهداشت، رشته‌ای ساختارمند است که براساس تلفیقی از تجربیات یادگیری می‌تواند باعث تغییر داوطلبانه در رفتار شود (۱۴)؛ البته لازم به اشاره است که به دلیل پیچیدگی‌های رفتار، تغییر آگاهی همیشه به تغییر نگرش و تغییر نگرش همیشه به تغییر رفتار منجر نخواهد شد، زیرا محیط، ممکن است به فرد اجازه ندهد رفتارش را بروز دهد (۱۵).

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در تشخیص و درک عوامل محیطی و فردی مؤثر بر رفتار استفاده می‌شود و با توجه به اینکه در این نظریه می‌توان علاوه بر رفتار مستقیم فرد، قصد رفتاری را که در واقع، ارتباطی نزدیک با خود رفتار دارد، مورد سنجش قرار داد، بنابراین، این مدل، بیشتر برای بررسی آن دسته از رفتارهای بهداشتی، استفاده و بهره‌برداری می‌شود که مشاهده مستقیم رفتار قابل انجام نباشد، مانند روش‌های پیشگیری از بارداری یا رفتارهای پیشگیری‌کننده از ابتلا به عفونت‌های ادراری دوران بارداری که می‌توان از طریق سنجش قصد تاحدودی به انجام رفتار نزد فرد پی‌برد. لازم به یادآوری است که مطالعه‌ای با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و سنجش قصد رفتاری مادران باردار در زمینه پیشگیری از عفونت‌های ادراری در بارداری

یافت نشد؛ لذا هدف از این طرح، تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری براساس نظریه یاد شده در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرج بوده است که نتایج حاصل از انجام آن می تواند در زمینه تهیه برنامه ریزی های آموزشی و اجرایی براساس مدل رفتار برنامه ریزی شده در سایر مراکز بهداشتی- درمانی در جهت امر آموزش و پیشگیری از عوارض سوء ناشی از بروز عفونت ادراری در طول حاملگی استفاده شوند.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ده مرکز از میان مراکز شهر کرج به طور تصادفی انتخاب و نمونه ها به صورت در دسترس به مطالعه، وارد شدند. جمعیت مورد مطالعه، شامل ۱۸۰ زن باردار بود که برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی شهر کرج مراجعه می کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان باردار سه ماهه (دوره اول بارداری) و عدم سابقه عفونت ادراری و از جمله معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل افراد به ادامه تکمیل پرسش نامه بود. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه پژوهشگر ساخته، حاوی ۹۵ پرسش، مشتمل بر سه بخش بود؛ بخش اول: پرسش های دموگرافیک؛ بخش دوم: پرسش های آگاهی در زمینه عفونت های ادراری با ۲۹ پرسش و بخش سوم: سازه نگرش با ۱۷ پرسش، سازه هنجارهای انتزاعی با ۲ پرسش، سازه قصد رفتاری با ۷ پرسش، سازه ارزیابی عملکرد با ۲۲ پرسش و سازه کنترل رفتار درک شده با ۱۸ پرسش که خود شامل «نحوه لباس پوشیدن، غذا خوردن، تخلیه ادرار، پاکیزگی و بهداشت و رفتارهای جنسی» بود.

برای امتیازدهی پرسش نامه در قسمت آگاهی که ۲۹ پرسش به صورت سه و چهار گزینه ای بودند، برای هر پاسخ درست ۱ نمره و برای بقیه گزینه ها نمره ۰ داده شد و در بخش ارزیابی عملکرد برای رفتار صحیح نمره ۱ و برای رفتار غلط نمره ۰ در نظر گرفته شد. پرسش های

مربوط به نگرش، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری با استفاده از مقیاس لیکرت پنج تایی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طبقه بندی شدند. نمرات آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و ارزیابی عملکرد از ۱۰۰ تراز شدند؛ پاسخ های ارائه شده به پرسش های هنجارهای انتزاعی به عنوان متغیر کیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در هر بخش آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری، فاصله میان کم ترین (نمره ۰) و بیشترین نمره آزمون (نمره ۱۰۰) به طور قراردادی و با توجه به نظر پانل متخصصان در زمان طراحی و روایی سنجی پرسش نامه به سه دسته ضعیف (۰ تا ۳۰)، متوسط (۳۱ تا ۶۰)، خوب (۶۱ تا ۱۰۰) طبقه بندی شد.

سنجش روایی (Validity) پرسش نامه با شیوه روایی محتوایی سنجیده شده است؛ بدین صورت که پرسش های اولیه با استفاده از منابع و کتب معتبر و پرسش نامه تقدیمی و همکاران (۱۶) تهیه و توسط ده نفر از افراد مجرب در زمینه های مورد نظر بررسی و براساس نظریات، اصلاح شد. نسبت روایی محتوا با توجه به معیار جدول لاوشه و تعداد متخصصان، حداقل ۰.۷ بود. پرسش های با نمره کمتر از ۰.۷ حذف شدند (۷ پرسش). پس از آن، ضریب پایایی پرسش نامه برای کل سازه ها و هریک از سازه ها به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج همسانی درونی با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ نشان می دهد که همه ضرایب، مطلوب و رضایت بخش هستند به طوری که مقدار آن در پرسش های آگاهی ۰.۷۹، نگرش ۰.۸۶، هنجار ذهنی ۰.۶۸، قصد رفتاری ۰.۷۶، کنترل رفتار درک شده ۰.۷۰ و چک لیست عملکرد ۰.۸۱ به دست آمد.

پس از اصلاح پرسش ها، پرسش نامه نهایی، به همراه توضیح های لازم برای تکمیل آن، تدوین شد؛ پس از بیان توضیح های لازم درباره محرمانه ماندن اطلاعات و نیز کسب رضایت از نمونه ها، پرسش نامه در مراکز بهداشتی- درمانی، میان زنان باردار مراجعه کننده توزیع شد. در مواردی که افراد به دلیل کمبود سواد برای

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد

مطالعه

اطلاعات فردی	مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۷۶	۴۲/۲
	دیپلم	۸۵	۴۷/۸
	بالای دیپلم	۱۹	۱۰
شغل	خانه‌دار	۱۷۳	۹۶/۱
	شاغل	۷	۳/۹
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۰۵	۵۸/۳
	دیپلم	۶۴	۳۵/۶
	بالای دیپلم	۱۱	۶/۱
تعداد فرزند	بدون فرزند	۹۰	۵۰
	یک فرزند	۶۴	۳۵/۶
	بیش از یک فرزند	۲۶	۱۴/۵

در سازه هنجارهای انتزاعی ۹۳.۳ درصد (۱۶۸ نفر) زنان باردار مورد مطالعه از طرف پزشک یا ماما درخصوص عفونت ادراری در بارداری راهنمایی شده بودند. ۶.۱ درصد (۱۱ نفر) زنان باردار مورد بررسی، نمره آگاهی خوب و ۶۹/۵ درصد (۱۲۵ نفر) نمره آگاهی متوسط داشتند. ارتباط میان آگاهی و سن زنان باردار بررسی شد که نتایج نشان دادند، میان آگاهی و سن نمونه‌ها ارتباطی معنی‌دار وجود ندارد؛ درواقع، افزایش سن زنان باردار، هیچ‌گونه تأثیری بر آگاهی آنها نداشت.

۷۹.۴ درصد (۱۴۳ نفر) زنان باردار مورد مطالعه، نمره نگرش خوب؛ ۹۰/۶ درصد (۱۶۳ نفر)، نمره کنترل رفتار درک شده خوب؛ ۸۷.۲ درصد (۱۵۷ نفر)، نمره قصد رفتارهای خوب و ۵۸.۲ درصد (۱۰۵ نفر)، نمره عملکرد پیشگیری از عفونت ادراری خوب داشتند (جدول ۲).

تکمیل پرسش‌نامه به کمک نیاز داشتند، پرسشگر زن، براساس گفته‌های فرد، تکمیل می‌کرد.

پس از توزیع پرسش‌نامه در میان نمونه‌ها، داده‌ها جمع‌آوری شدند و با بررسی آنها و خارج کردن پاسخ‌هایی که نقص بیش از حد داشتند، (۵ پرسش‌نامه)، درنهایت ۱۸۰ پاسخ‌نامه کدگذاری و داده‌ها برای ورود به رایانه آماده شدند.

درنهایت، داده‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند. از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد در محدوده اطمینان ۹۵ درصد برای توصیف داده‌ها و از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون یومن ویتنی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای هر یک از داده‌ها مقدار $p \leq 0.05$ نیز به‌عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

نتایج

با توصیف اطلاعات جمع‌آوری شده در این مطالعه، میانگین سنی زنان باردار مورد بررسی $26 \pm 5/8$ سال بود. نتایج نشان می‌دهند ۹۰ درصد (۱۶۱ نفر) از شرکت‌کنندگان، دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۱۰ درصد (۱۹ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۵۰ درصد (۹۰ نفر) از کل شرکت‌کنندگان، بارداری اول را تجربه می‌کردند؛ همچنین ۳۵.۶ درصد (۶۴ نفر) از همسران شرکت‌کنندگان، دارای تحصیلات دیپلم و ۵۸.۲ درصد (۱۰۵ نفر) از آنها تحصیلات زیر دیپلم داشتند؛ سایر مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ آمده‌اند.

جدول ۲. توزیع نمره آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده، قصد رفتاری، ارزیابی عملکرد مسئله عفونت ادراری در

زنان باردار مورد مطالعه

سطح‌بندی متغیر	ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۴۴	۲۴/۲	۱۲۵	۶۹/۵	۱۱	۶/۱	۱۸۰	۱۰۰
نگرش	۱	۰/۶	۳۶	۲۰	۱۴۳	۷۹/۴	۱۸۰	۱۰۰
کنترل رفتار درک شده	۰	۰	۱۷	۹/۴	۱۶۳	۹۰/۶	۱۸۰	۱۰۰
قصد رفتاری	۰	۰	۲۳	۱۲/۸	۱۵۸	۸۷/۲	۱۸۰	۱۰۰
ارزیابی عملکرد	۳	۱/۷	۷۲	۴۰/۱	۱۰۵	۵۸/۲	۱۸۰	۱۰۰

بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، میان نمره آگاهی با نمرات نگرش، همبستگی مثبت معنی داری دیده شد. در سازه کنترل رفتار درک شده رعایت بهداشت، دارای بیشترین میانگین و عادات غذایی، دارای کمترین میانگین بود (جدول ۳).

بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، میان سازه قصد رفتاری و کنترل رفتار درک شده، ارتباطی معنی دار دیده شد ($p=0$ ، $r=0.7$).

جدول ۳. توزیع نمره کنترل رفتار درک شده عفونت ادراری در زنان باردار مورد مطالعه

جمع		خوب		متوسط		ضعیف		سطح بندی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر
۰	۰	۱۴۷	۸۱/۷	۱۸۰	۱۰۰	۳۳	۱۸/۳	نحوه لباس پوشیدن
۱۰۹	۶۰/۶	۲۴	۱۳/۳	۱۸۰	۱۰۰	۴۷	۲۶/۱	غذا خوردن
۵۷	۳۱/۷	۷۹	۴۳/۹	۱۸۰	۱۰۰	۴۴	۲۴/۴	تخلیه ادرار
۴۲	۲۳/۳	۱۳۷	۷۶/۱	۱۸۰	۱۰۰	۱	۰/۶	پاکیزگی و بهداشت
۰	۰	۱۴۷	۸۱/۷	۱۸۰	۱۰۰	۳۳	۱۸/۳	نحوه لباس پوشیدن
۲۱	۱۱/۷	۳۱	۱۷/۲	۱۲۸	۷۱/۱	۱۸۰	۱۰۰	عادات رفتار جنسی
۰	۰	۲۳	۱۲/۸	۱۵۷	۸۷/۲	۱۸۰	۱۰۰	کنترل رفتار درک شده

سازه‌های یاد شده نیز افزایش نشان دادند (جدول ۴). در مقایسه سطح تحصیلات، یافته‌ها از این حکایت داشتند که فقط سطح تحصیلات با نگرش زنان باردار، ارتباط معنی دار آماری ندارد، در صورتی که میان سطح تحصیلات با سایر سازه‌های این نظریه، ارتباطی معنی دار دیده شد؛ در حقیقت، یافته‌ها نشان دادند که افزایش سطح تحصیلات، روی نگرش و باورهای زنان باردار تأثیری نداشته ولی باعث افزایش آگاهی، عملکرد، قصد رفتاری و نیز افزایش کنترل رفتار درک شده آنها در زمینه پیشگیری از عفونت ادراری شده است.

به منظور بررسی رفتارهای بهداشتی زنان باردار، سطح تحصیلات و سن آنان با نمره حاصل از هر سازه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به دلیل نرمال نبودن و فاصله‌ای نبودن داده‌ها برای مقایسه دو گروه سنی (زیر ۲۸ سال و ۲۸ سال به بالا) و همچنین مقایسه دو گروه با سطح تحصیلات (زیر دیپلم و دیپلم به بالا) از آزمون یومن ویتنی استفاده شد. یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل نشان دادند که میان سن افراد و آگاهی و نگرش آنها در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری، ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشده در صورتی که ارتباطی معنی دار میان سن زنان باردار و سازه‌های عملکرد، قصد رفتاری و کنترل رفتار درک شده آنان دیده شده و در واقع با افزایش سن زنان باردار،

جدول ۴. ارتباط سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و سن زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی شهر کرج در سال ۱۳۹۲

P-value	میانگین رتبه‌ها (mean Rank)	تعداد	سن	سازه‌ها
۰.۰۶۲	۸۵/۶	۱۲۴	زیر ۲۸ سال	آگاهی
	۱۰۱/۲	۵۶	۲۸ سال و بالاتر	
۰.۵۳۸	۸۸/۹	۱۲۴	زیر ۲۸ سال	نگرش
	۹۴/۰۵	۵۶	۲۸ سال و بالاتر	
۰.۰۰۱	۸۲/۱	۱۲۴	زیر ۲۸ سال	قصد رفتاری
	۱۰۸/۹	۵۶	۲۸ سال و بالاتر	
۰.۰۰۱	۸۱/۱	۱۲۴	زیر ۲۸ سال	کنترل رفتار درک‌شده
	۱۱۱/۱	۵۶	۲۸ سال و بالاتر	
۰.۰۰۶	۸۳/۳	۱۲۴	زیر ۲۸ سال	عملکرد
	۱۰۶/۳	۵۶	۲۸ سال و بالاتر	

بحث

توسعه یافته با قصد استفاده از کلاه ایمنی مشاهده شد (P=۰/۰۱) (۱۸).

در مطالعه تقدیمی و همکاران، ۷۱.۸ درصد (۷۹ نفر) زنان باردار مورد مطالعه برای پیشگیری از عفونت‌های ادراری از طرف خانواده راهنمایی شده بودند (۱۶): درحالی‌که مطالعه حاضر نشان داد ۹۳.۳ درصد (۱۶۸ نفر) زنان باردار مورد مطالعه از طریق پزشک یا ماما راهنمایی شده‌اند؛ بنابراین اعلام می‌شود که راهنمایی پزشک یا ماما با کمک مدل رفتار برنامه‌ریزی شده در غالب کلاس‌های آموزشی در طول دوران بارداری در راستای پیشگیری از عفونت ادراری زنان باردار به طور کامل، مؤثر و مفید خواهد بود.

این مطالعه نشان داد، نمره نگرش ۷۹.۴ درصد (۱۴۳ نفر) زنان باردار مطالعه، خوب بوده و این درحالی است که ۶.۱ درصد (۱۱ نفر) آنها نمره آگاهی خوب نسبت به پیشگیری از عفونت ادراری داشته‌اند؛ درواقع با وجود نگرش خوب زنان باردار درباره عفونت ادراری در طول بارداری، نمونه‌ها اطلاعات و آگاهی مطلوبی نسبت به عفونت ادراری نداشته‌اند ولی در مطالعاتی متعدد براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به این نتیجه رسیده‌اند که نگرش به میزان زیادی، تحت تأثیر آگاهی نمونه‌هاست (۱۹).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان ابزاری در ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه عفونت‌های ادراری، مؤثر باشد. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر، وجود همبستگی میان آگاهی با سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی شده بود. در سال ۱۳۸۸، تقدیمی و صادقی، تحقیقی با عنوان «ارزیابی زنان باردار در زمینه عفونت ادراری بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی» انجام دادند که نتایج این تحقیق‌ها نیز نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار آماری میان آگاهی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود (۱۶). در سال ۱۳۸۹، یافته‌های بشارتی و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در انتخاب روش زایمان زنان باردار»، نشان‌دهنده وجود تفاوت آماری معنی‌دار در متغیرهای آگاهی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود (۱۷).

مظلومی و همکاران پژوهشی مقطعی - تحلیلی را با استفاده از مدل رفتار برنامه‌ریزی شده با عنوان تغییر رفتار و قصد رفتاری در پیش‌بینی استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتور سوار شهر یزد در سال ۸۵ انجام داده‌اند که طبق این مطالعه، همبستگی مثبت معنی‌داری میان تمام متغیرهای مدل رفتار برنامه‌ریزی

نتیجه‌گیری

بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده، از طریق کمک به شناخت نیازها و اولویت‌های زنان باردار می‌تواند مورد استفاده کارکنان بهداشتی و درمانی باشد. با توجه به اینکه در این مطالعه، آگاهی افراد با سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده، همبستگی مثبت معنی‌داری داشت، باید در راستای افزایش آگاهی زنان به‌خصوص درباره عادات غذایی و ادراری تلاش کرد تا از این طریق، سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده نیز ارتقا یابد؛ از آنجاکه در مطالعه حاضر، تأثیر پزشکان و ماماها در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در زنان باردار، بسیار زیاد بوده‌است، به‌نظر می‌رسد اگر پزشکان، ماماها و کارمندان بهداشتی براساس تئوری و مدل‌های تغییر رفتار به‌خصوص نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به آموزش مادران باردار بپردازند، می‌توانند نتایجی بسیار سودمند کسب کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، گردآوری اطلاعات از طریق خود گزارش‌دهی و حجم زیاد پرسش‌ها بوده‌است که با ارائه وقت کافی به مادران در مراکز بهداشتی و حضور پرسشگر در کنار مادر و کمک به وی تا حدودی مشکل، مرتفع شده‌است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت به شماره ثبت ۴-۱۳۸-۹۱ (که در یکصد و سی و هشتمین جلسه کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه مطرح شده) و در مورخ ۱۳۹۱/۹/۱۳ به تصویب رسیده‌است؛ بدین‌وسیله از همکاری کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر کرج و سایر استادان بزرگوار سپاسگزاری می‌شود.

در ضمن در این مطالعه، مشخص شد افزایش سطح تحصیلات آنها روی نگرش افراد تأثیری نداشته‌است در نتیجه به‌نظر می‌رسد نگرش و باورهای زنان باردار درباره عفونت ادراری در طول بارداری، تحت تأثیر تحصیلات آنان قرار ندارد؛ لذا نیاز است این موضوع، بیشتر مورد توجه و تمرکز قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر از آن، حاکی است که هرچند در سازه کنترل رفتار درک‌شده، ۹۰.۶ درصد (۱۶۳ نفر) نمره خوب نسبت به پیشگیری از عفونت ادراری داشتند، فقط ۵۸.۲ درصد (۱۰۵ نفر) آنها دارای عملکردی مطلوب بودند؛ بنابراین باید برای بالا بردن سطح عملکرد زنان باردار در این زمینه، بیشتر تلاش شود.

نصیری/میری، تحقیقی را با عنوان «نقش رفتارهای بهداشتی در بروز عفونت ادراری در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و درمان شهرستان بابل» انجام داد که در این مطالعه، رفتارهای بهداشتی و عادات جنسی ناصحیح، نقشی بسیار مهم در بروز عفونت ادراری در زنان باردار داشته‌اند اما عدم تخلیه مثانه پس از مقاربت نقشی بسیار مؤثرتر در ایجاد این عفونت داشته‌است (۲۰).

گالفارین و همکاران، سال ۲۰۰۸ در پاکستان در مطالعه‌ای به بررسی عوامل خطر عفونت ادراری در بارداری پرداختند؛ این مطالعه، «پایین بودن دانش سلامت، افزایش فعالیت‌های جنسی و سطح اجتماعی-اقتصادی پایین» را به‌عنوان عوامل خطر در بروز عفونت ادراری در این زنان گزارش کرد (۲۱).

در مطالعه حاضر، مشخص شد که میانگین نمره عادات غذایی و ادراری زنان باردار در سازه کنترل رفتار درک‌شده، کم‌تر از قسمت‌های دیگر این سازه بوده که یکی از دلایل آن می‌تواند عدم توجه به موارد یادشده از طریق آموزش‌های معمول در مراکز بهداشتی باشد؛ بنابراین باید برای افزایش آگاهی افراد در زمینه رفتارهای مورد نظر تلاش مضاعفی صورت گیرد.

منابع

1. Ghafarnezhad M, Shams MR. Prevalence and risk factors of asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2000;58(2): 79-76.
2. Mardanian F, Atri S, Kian Pour M, Soleimani B, Arab E. Urinary tract infection in pregnancy. *Journal of Isfahan Medical School* 2004; 22(75-74): 109-114.
3. Borghei NS, Kashani E, Rabiei MR. The relation between asymptomatic bacteriuria and preeclampsia. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004; 6(13): 61-56.
4. Afrakhteh M, Mahdavi A, Valaie N. Relationship between bacterial vaginosis and urinary tract infection. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2003; 11(42): 42-37.
5. Keshavarz M, Babaee GR. Prevalence of Asymptomatic Bacteriuria and Drug Sensitivity Pattern in Pregnant Women. *Medical Scientific Journal of Islamic Azad University of Mashhad* 2007; 3(3): 137-142.
6. Dadkhah F, Kashanian M, Noori M. A Comparison between Diagnostic Value of Pyuria and Bacteriuria in Asymptomatic Bacteriuria in Pregnant Women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology And Infertility* 2011; 14(1): 48-53.
7. Khalaji Nia Z. Prevalence and Maternal Risk Factors of Preterm Laboring in Qom, 2007. *Journal of Qom University of Medical Sciences* 2011; 5(1): 30-36.
8. Soofizadeh N, Farhadifar F, Kalantar E, Shahsavari S. Evaluating the Prevalence of Asymptomatic Urinary Tract Infection and Anemia in Pregnant Women in First Trimester. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology And Infertility* 2012; 15(8): 11-16.
9. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on selfmedication in mothers referring to health centers of Arak Rahavard Danesh, *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 3(12): 44-53.
10. McKenzie JF, Neiger B, Thackeray R. *Planning implementing and evaluating health promotion programs*, 4th ed. USA, Pearson Benjamin Cummings 2005.
11. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health behavior and health education*, 4th ed, USA, Jossey Bass 2008.
12. Allahverdipoor H. Passing through traditional health education towards theory oriented health education. *Health Promotion Education Quarterly* 2004; 1(3): 75-79.
13. Taylor D, Bury M, Campling N. A review of the use of health belief model (HBM) theory of reasoned action (TRA) theory of planned behavior (TPB) Tran theoretical model (TTM) to study and predict health related behaviorchange, 2 ed, London; 2006.
14. Sharma M, Romas J. *Theoretical foundation of health education and health promotion*, 1st ed, USA, Barlett; 2008.
15. Hubely J. *Health communication, an action guide to health education and health promotion*, 1st ed, London, UK, Macmillan Press; 1993.
16. Taghdisi M.H, NejadSadeghi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *Journal Research & Health* 2012; 2(1):44-54.
17. Besharati F, Hazavehei SM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers. *Journal Hamadan University of Medical Sciences* 2011; 19(77):94-106.
18. Mazloomi Mahmoodabadi S, Mehri A, Morovati Sharif Abad M, Fallahzadeh H. Application of extended model of planned behavior in predicting helmet wearing among motorcyclist clerks in Yazd. *Journal of Birjand University of Medical sciences* 2006; 14(4):33-40.
19. Wind M, Kremers S, Thijs C, Brug J. Toothbrushing at school: Effects on toothbrushing behaviour, cognitions and habit strength. *Health Education* 2005; 105(1):53-61.
20. Nasiri Amiri F, Hassanjani Roshan M.R, Haji Ahmadi M, Akbarzadeh Z. The role of hygienic behavior in incidence of urinary tract infection among pregnant women referred to health center, Babol, *Journal of mazandaran university of Medical Sciences*. 2002; 8(2):56-62.
21. Gulfareen H, Nishat Z, Aftab Afroze M, Ambreen H. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *Journal of Pakistan Association* 2010; 60(3):213-216.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
21st year, No. 108
December 2013,
January 2014*

Received: 3013/11/28

Last revised: 2014/01/11

Accepted: 2014/01/15

Preventive behaviors of urinary tract infection (UTI) based on the theory of planned behavior among pregnant women in Karaj in 2013

Marzieh Jalali¹, Mohsen Shamsi^{1*}, Nasrin Roozbehani¹, Koroosh Kabir²

1. Masters student in Health Education, Health Education, Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran
2. Department of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
3. Department of Social Medicine, Albors University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

E-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Since urinary tract infection is one of the effective factors in pregnancy outcome, this study was conducted to assess urinary tract infections in pregnant women in this field according to Theory of Planned Behavior.

Materials and Methods: This study was a cross-sectional one that was carried out on 180 pregnant women referring to Karaj health centers with simple sampling in 2013. The tool used for data collection was the questionnaire consisting of health knowledge, construct of theory planned behavior including attitude, perceived behavioral control, behavior intention and behavior check list. The questionnaire has been proved and its validity and reliability had been studied before the investigation.

Results: The mean age of women was 26 ± 5.8 years. Meanwhile, 6.1% of them had obtained good points in knowledge. Pregnant women have more score regarding the hygienic habits and lowest score regarding the feeding habits. Based on Spearman correlation, there was a significant relation between knowledge and theory of planned behavior factors ($p < 0.05$). But there was not a significant relation between attitude and education of pregnant women ($p = 0.538$).

Conclusion: Theory of planned behavior can be used as a tool for evaluation of the condition of pregnant women in the field of urinary tract infection. Based on the obtained results, intervention of educational program on nutrition behavior is recommended.

Key words: Urinary tract infection, Pregnant women, Theory planned behavior.