

The effect of educational intervention based on the integrated model of health belief with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy

ABSTRACT

Background and Objective: Self-care behaviors during pregnancy can be effective in reducing the adverse consequences of pregnancy. The aim of this study was to investigate the effect of educational intervention based on the integrated model of health belief model with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study conducted among 90 pregnant women in the first abdomen of Iranshahr in 2017. The samples were selected by simple random sampling and divided into two groups of intervention (45 people) and control (45 people). 5 training sessions were held for the intervention group and no intervention was performed in the control group. Six months after the training intervention, the questionnaire was completed by both groups. The collected data were analyzed using SPSS software version 20 and independent t-test, paired t-test and chi-square test.

Results: The results showed that the mean scores of pregnant mothers in Perceived susceptibility structures $1.74(\pm 0/17)$, Perceived severity $4.55(\pm 0/05)$, Perceived benefits $0.63(\pm 0/05)$, self-efficacy $3.67(\pm 0/41)$, social support structure $5.13(\pm 0/63)$ and self-care behaviors $3.15(\pm 0/38)$ showed a significant increase in the intervention group ($p < 0.001$). In the comparison of birth weight, there was a statistically significant difference between the intervention and control groups after the educational intervention ($P = 0.036$).

Conclusion: The combination of health belief model and social support structure can be used as a suitable framework for designing and implementing educational interventions aimed at promoting the self-care behaviors of pregnant women and birth weight.

Keywords: Self-care, Social support, Health Belief Model, Birth weight, Pregnant women

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Izadirad H, Nohtani V, Aliahmadi M, Pourhaji F, Niknami SH. The effect of educational intervention based on the integrated model of health belief with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy . *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2021*;8(4):324-335. [Persian]x

► **Citation (APA):** Izadirad H., Nohtani V., Aliahmadi M., Pourhaji F., Niknami SH. The effect of educational intervention based on the integrated model of health belief with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 8(4),324-335 . [Persian]

Hossien Izadirad

Assistant Professor, Health Education and Health Promotion Department. Zahedan university Medical sciences, Zahedan, Iran

Vahid Nohtani

* M.Sc. Student of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan Iran. (Corresponding author):

V.Nohtani2000@gmail.com

Mahdi Aliahmadi

M.Sc. Student of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan Iran.

Fatemeh Pourhaji

Assistant Professor, Health Education and Health Promotion Department, Faculty of Health Sciences, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

Shamsoddin Niknami

Associate Professor, Health Education and Health Promotion Department, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Received: 2020/04/16

Accepted: 2020/09/03

Doi: 10.29252/ijhehp.8.4.1

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای خودمراقبتی در دوران بارداری، می‌تواند در کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری مؤثر باشد. هدف این پژوهش، بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل تلفیقی الگوی باور سلامت با سازه حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی بود که در میان ۹۰ نفر از زنان باردار شکم اول شهر ایرانشهر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمون (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) تقسیم شدند. برای گروه آزمون ۵ جلسه آموزشی برگزار گردید و در گروه کنترل مداخله انجام نشد. ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی، پرسشنامه توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و کای اسکوئر مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات مادران باردار در ساختارهای حساسیت درک شده $(1/17 \pm 0)$ ، شدت درک شده $(4/55 \pm 0/05)$ ، منافع درک شده $(0/63 \pm 0/05)$ ، خودکارآمدی $(3/67 \pm 0/41)$ ، سازه حمایت اجتماعی $(5/13 \pm 0/63)$ و رفتارهای خودمراقبتی $(3/15 \pm 0/38)$ در گروه آزمون افزایش معنی‌داری نشان داد ($p < 0/01$). در مقایسه وزن هنگام تولد، بین گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($P = 0/036$).

نتیجه‌گیری: تلفیق الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان چارچوبی مناسب برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی با هدف ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار و وزن هنگام تولد استفاده گردد.

کلیدواژه: خودمراقبتی، الگوی باور سلامت، حمایت اجتماعی، وزن هنگام تولد، زنان باردار
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◀ **استناد (ونکوور):** ایزدی راد ح، نهتانی و، علی احمدی م، پورحاجی ف، نیکنامی ش. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۹؛ ۸(۴): ۳۲۴-۳۳۵.

◀ **استناد (APA):** ایزدی راد، حسین؛ نهتانی، وحید؛ علی احمدی، مهدی؛ پورحاجی، فاطمه؛ نیکنامی، شمس الدین. (زمستان ۱۳۹۹). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۸(۴): ۳۲۴-۳۳۵.

حسین ایزدی راد

استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

وحید نهتانی

✦ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران (نویسنده مسول)
V.Nohtani2000@gmail.com

مهدی علی احمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران

فاطمه پورحاجی

استادیارگروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ایران

شمس الدین نیکنامی

استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۳

مقدمه

تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی ناشی از بارداری سبب تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی زنان باردار می‌شود، برای سازگاری با این تغییرات، زنان باردار نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌ها از جمله خود مراقبتی و حمایت اجتماعی می‌باشند (۱). خودمراقبتی دوران بارداری به تصمیمات و فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که یک فرد باردار انجام می‌دهد تا بتواند از پس مشکلات و مسائل مربوط به سلامت خود در این دوران برآمده یا باعث بهبود سلامتی خود شود (۲-۴). برای اثربخش بودن خود مراقبتی دوران بارداری، زنان باردار نیازمند به اطلاعات، مهارت‌ها و حمایت‌های اجتماعی می‌باشند. زنان باردار خصوصاً زنان جوان نیاز دارند تا برای مراقبت از خود در دوران بارداری توانمند شوند تا سلامت خود و نوزادشان را تضمین نمایند (۵). آمارها نشان می‌دهد که رفتارهای خودمراقبتی در بسیاری کشور جهان کمتر از میزان مطلوب و در ایران متوسط تا ضعیف می‌باشد (۶، ۷) و میانگین خودمراقبتی زنان باردار در استان سیستان و بلوچستان ۴۴٪ می‌باشد (۴). از طرفی بسیاری از پیامدهای نوزادی از جمله وزن هنگام تولد وابسته به خودمراقبتی دوران بارداری است (۱). وزن هنگام تولد در همه گروه‌های جمعیتی بیشترین اهمیت در تعیین شانس بقا و تجربه یک رشد و نمو سالم را برعهده دارد. هیچ شاخصی در زندگی انسان مانند وزن هنگام تولد وجود ندارد که درباره وقایع گذشته و مسیر آینده صحبت کند (۸). سازمان جهانی بهداشت، کم وزنی هنگام تولد را وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم تعریف نموده است. تخمین زده شده است که ۱۵ تا ۲۰ درصد نوزادان دنیا دارای کم وزنی هستند که بیش از ۲۰ میلیون تولد در سال را شامل می‌شود که شیوع کم وزنی در مناطق مختلف جهان متفاوت است: ۲۸٪ در جنوب آسیا، ۱۳٪ در کشورهای جنوب صحرای آفریقا و ۹٪ در آمریکای لاتین (۹). در ایران شیوع تولد نوزاد با وزن کم در مناطق شهری، روستایی و کل کشور به ترتیب ۳/۸، ۱۱، ۸/۹ درصد می‌باشد، بیشترین شیوع نوزاد کم وزن مربوط به اقلیم جنوب خراسان، سیستان و بلوچستان و جنوب کرمان (۸، ۱۴) و کمترین آن در اقلیم کردستان، همدان، لرستان، کرمانشاه، ایلام و

شمال خوزستان (۳/۷٪) است (۱۰). فقدان خودمراقبتی و حمایت اجتماعی دوران بارداری با بروز کم وزنی هنگام تولد و مرگ نوزادان ارتباط دارد. (۱۱-۱۳)

در حوزه آموزش بهداشت، با استفاده از الگوهای آموزشی که برای تبیین عوامل مرتبط با رفتار طراحی شده‌اند و بررسی میزان تأثیر این متغیرها در اتخاذ رفتار پیشگیرانه، می‌توان راهبردهای مناسبی برای ارتقای رفتارهای خود مراقبتی زنان باردار پیدا کرد. در این زمینه الگوی باور سلامت بهداشتی^۱ یکی از پرکاربردترین چارچوب‌های مدل مورد استفاده در زمینه توضیح رفتار می‌باشد که می‌تواند به پایه‌ای برای مداخلات آموزش سلامت به کار رود (۱۴). بر اساس این الگو، انجام رفتار به پیامدهای مورد انتظار از یک عمل بستگی دارد. این الگو دارای ۶ ساختار می‌باشد: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنما برای عمل. بر اساس ساختارهای این الگو، رفتار سالم نتیجه درک حساسیت و شدت مسئله، درک منافع رفتاری مورد نیاز برای اجتناب یا مدیریت مسئله، مواجهه با محرک‌های ارتقا دهنده عمل و اطمینان فرد به ظرفیت و توانایی انجام موفقیت آمیز رفتار دارد (۱۴، ۱۵).

اگر چه بارها نقش آگاهی و نگرش بر خودمراقبتی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، اما به نظر می‌رسد خودمراقبتی به عوامل فردی و اجتماعی دیگری نیز وابسته باشد. در این مورد برخی از پژوهشگران اظهار داشته‌اند که آگاهی و نگرش به تنهایی نمی‌توانند خودمراقبتی را افزایش دهند (۱۶). نتایج مطالعه‌ای نشان داد مادران جهت انجام اقدامات خود مراقبتی، نیاز به کسب اطلاعات بیشتر از طریق مراقبین سلامت و دریافت حمایت‌های بیشتر از جانب اطرافیان دارند (۱۷).

یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سالهای اخیر توجه فزاینده‌ای به آن شده است، حمایت اجتماعی می‌باشد. حمایت اجتماعی عبارتست

دوران بارداری پیچیده بوده و علاوه بر عوامل فردی، تحت تاثیر عوامل اجتماعی نیز قرار دارند که خارج از توان و امکانات شخص است و این عوامل باید مدنظر قرار گیرند (۲۵). فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک فاکتور خطر مهم سلامت مادر در دوران بارداری می باشد و اثرات مخربی بر پیامدهای بارداری دارد (۲۶). وجه تمایز مطالعه حاضر با سایر مطالعات انجام شده، در نظر گرفتن عوامل فردی موثر بر مراقبت های دوران بارداری (با بکارگیری الگوی باور سلامت) و همچنین حمایت اجتماعی (بکاربردن ساختار حمایت اجتماعی) که یکی از علل مهم پایین بودن انجام مراقبتی دوران بارداری از نظر گروه هدف بود، می توان بیان نمود. بنابراین با توجه به این واقعیت که زنان نوجوان و جوان نسبت به گروه های مسن تر، بیشتر در معرض دریافت مراقبت های ناکافی دوران بارداری و عوارض ناشی از آن هستند و همچنین لحاظ نمودن عوامل فردی و اجتماعی در بهبود رفتارهای مراقبتی دوران بارداری علاوه بر الگوی باور سلامت، ساختار حمایت اجتماعی از نیز در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بود (IRCT2017030432876N1). جامعه آماری در این پژوهش، کلیه زنان باردار شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایرانشهر (واقع در جنوب شرق ایران در ۶۰ درجه و ۴۱ دقیقه درازای خاوری و ۲۷ درجه و ۱۲ دقیقه پهنای شمالی و در قسمت مرکزی استان سیستان و بلوچستان) بود. مطالعه از اردیبهشت ۱۳۹۶ شروع و در آذر همان سال خاتمه یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل حاملگی اول، سن بین ۱۸ تا ۳۵ سالگی (با توجه به ویژگی های فرهنگی و اقتصادی، ازدواج در منطقه بلوچستان، بخصوص مناطق روستایی و عشایری در سنین پایینتر از ۱۸ سالگی هم اتفاق می افتد ولی با عنایت به اینکه مطالعه حاضر در شهر انجام شده، موارد بارداری در سنین کمتر از ۱۸ مشاهده نشد. بارداری های زیر ۱۸ بیشتر در سطح روستاها مشاهده می شود)، قرار داشتن مادران در سه ماهه اول بارداری، داشتن پرونده

از آرامش احساسی و جسمانی که خانواده، دوستان یا همکاران و بقیه افراد به فرد می دهند. حمایت اجتماعی یعنی دانستن این مطلب که فرد بخشی از جامعه ای است که او را دوست دارد و برای او ارزش قائل است (۱۸).

مفهوم حمایت اجتماعی به صورت های متفاوت تعریف شده است؛ ولی اغلب شامل اجزای ملموس مانند کمک مالی و فیزیکی و غیر ملموس مانند تشویق و راهنمایی می شوند. این حمایت می تواند اشکال مختلفی داشته باشد. چهار نوع اصلی حمایت اجتماعی وجود دارد: ۱- حمایت ایزاری شامل منابع مادی مانند غذا و پول ۲- حمایت اطلاعاتی شامل فراهم آوردن اطلاعات و یا پیشنهادات است و فرد را قادر می سازد تا با مشکلات و سختی ها کنار بیاید، ۳- حمایت احساسی دربرگیرنده عشق ورزیدن، اهمیت دادن و درک طرف مقابل است و ۴- حمایت در ارزیابی و شناخت که افراد با به اشتراک گذاشتن دیدگاهشان درباره یک شرایط خاص یا صحبت درباره نحوه مدیریتشان در آن شرایط خاص، به فرد کمک می کنند. در زمان به اشتراک گذاشتن دیدگاهها، فرد درک بهتری درباره یک موقعیت و بهترین شیوه مدیریت کردن آن پیدا می کند (۱۸ و ۱۹). برای اثر بخشی بیشتر خودمراقبتی دوران بارداری، زنان باردار نیاز به اطلاعات، مهارت ها و حمایت اجتماعی دارند (۲۰). به طوری که در پژوهشی، اثر حمایت اجتماعی خانواده و کارکنان بهداشت درمانی بر ارتقای مراقبت های دوران بارداری پراهمیت شمرده شده است (۲۱). نظریه شناختی اجتماعی از جمله تئوری هایی است که در تحقیقات مرتبط خودمراقبتی استفاده شده است، طبق این تئوری عوامل شناختی، فاکتورهای عوامل محیطی و رفتار با یکدیگر ارتباط دو سویه دارند (۲۲ و ۲۳). همچنین برخی از مطالعات اهمیت مراقبت های دوران بارداری و حمایت اجتماعی را برای سلامت مادر و نوزاد مهم تلقی کرده اند (۲۴).

از آنجا که در الگوی باور سلامت، تاکید بر مسئولیت شخص است. در صورت عدم موفقیت فرد در انجام رفتار مورد نظر، ممکن است باعث ایجاد احساس شکست و عدم توانایی فرد در حل مشکلات سلامت گردد. از طرفی اغلب رفتارهای سلامتی مانند مراقبت های

مراقبتی و برخورداری زن از سلامت بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل سقط جنین، مهاجرت و نیاز به مراقبت ویژه بود. تعداد نمونه جهت مطالعه، با توجه به تحقیق انجام شده در زمینه مشابه مطالعه حاضر (۴)، در استان سیستان و بلوچستان، حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ (۱/۹۶ = ، توان آزمون ۸۰٪) $(Z_{1-\alpha/2} - Z_1) \cdot 0/85$ ، با احتمال ریزش ۲۰٪ نمونه و با فرمول

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S_1 = انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه اول (مورد، مواجهه یافته یا مداخله)

S_2 = انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه دوم (شاهد، غیرمواجهه یافته یا مقایسه)

μ_1 = میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه اول

μ_2 = میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه دوم

در هر یک از دو گروه آزمون و کنترل ۴۵ نفر برآورد گردید. نمونه گیری مطالعه به صورت تصادفی انجام شد، به این صورت که در ابتدا لیست کلیه زنان باردار شکم اول (۱۳۶ زن باردار) تحت پوشش ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری ایرانشهر (کل مراکز بهداشتی درمانی ۵ مرکز بود)، از دفتر مراقبت مادران باردار استخراج گردید، سپس بصورت تصادفی ساده ۹۰ زن باردار شکم اول با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند، به این ترتیب که به هر زن باردار شکم اول شماره‌ای از ۱ تا ۱۳۶ اختصاص داده شد و سپس بطور تصادفی از ظرف قرعه کشی بدون جایگزینی تعداد ۹۰ توپ خارج شد. در نهایت نمونه‌های انتخاب شده بصورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. برای این منظور از قانون تخصیص تصادفی^۱ استفاده شد، به این ترتیب که ۴۵ توپ برای گروه آزمون و ۴۵ توپ برای گروه کنترل داخل یک ظرف قرعه کشی قرار داده شد و سپس به طور تصادفی توپ‌ها بدون جایگزینی از ظرف خارج شده و توالی ایجاد شده ثبت شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه

مشمول بر اطلاعات جمعیت شناختی، ساختارهای الگوی باور سلامت، حمایت اجتماعی و رفتارهای مراقبتی دوران بارداری بود. این پرسشنامه مشتمل بر حساسیت درک شده (۸ سؤال)، شدت درک شده (۸ سؤال)، منافع درک شده (۷ سؤال)، موانع درک شده (۹ سؤال)، راهنمای عمل (۳ سؤال)، خودکارآمدی (۷ سؤال)، حمایت اجتماعی (۷ سؤال) و رفتارهای مراقبتی دوران بارداری (۱۱ سؤال)، بر اساس مقیاس لیکرت با طیف سه تایی مورد سنجش قرار گرفتند. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط ایزدی و همکاران (۲۷) در جامعه زنان باردار بلوچستان ایران مورد تأیید قرار گرفته است. بدین صورت که نسبت روایی محتوا برای سؤالات ساختارها ۹۴٪ و شاخص سادگی برای کل آزمون ۰/۸۸، شاخص وضوح برای کل آزمون ۰/۸۹، همچنین شاخص اختصاصی بودن برای کل آزمون برابر ۰/۹۴ بود. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ گزارش شده است.

موفه‌های مورد سنجش در ساختار حمایت اجتماعی شامل تهیه مواد غذایی مناسب دوران بارداری، تامین مخارج انجام آزمایشات دوران بارداری، پرداخت هزینه رفت و آمد از منزل تا مرکز بهداشتی درمانی و آزمایشگاه، تشویق و همراهی در فعالیت‌های فیزیکی، تشویق جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری و حمایت اطلاعاتی از جانب همسر و مامای مرکز بهداشتی درمانی بود. به منظور سنجش حمایت اجتماعی مقیاسی شامل ۷ سؤال با طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای {زیاد (امتیاز ۲)، کم (امتیاز ۱) و هرگز (امتیاز ۰)} مورد استفاده قرار گرفت.

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب دو گروه آزمون و کنترل بصورت تصادفی، پیش آزمون از طریق توزیع پرسشنامه انجام و حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری، قبل از اجرای مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل مورد سنجش قرار گرفت. سپس محتوای آموزشی بر اساس نتایج حاصل از پیش آزمون و با در نظر گرفتن ساختارهای الگوی باور سلامت و سازه حمایت اجتماعی توسط

شوهران با موانع مطرح شده جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری از نظر زنان باردار، معرفی تجربیات یک شوهر در حمایت اجتماعی از زنان باردار و بحث در خصوص توانایی شوهران جهت حمایت از زنان باردار) و جلسه پنجم یک جلسه ای ۶۰ دقیقه‌ای برای پرسنل کارشناس مامایی (شامل: آشنایی با مسائل و نیازهای دوران بارداری، اهمیت حمایت عاطفی و اطلاعاتی در دوران بارداری، آشنایی ماماها با موانع مطرح شده جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری از نظر زنان باردار، معرفی تجربیات یک مامای موفق در حمایت اجتماعی از زنان باردار و بحث در خصوص توانایی ماماها جهت حمایت از زنان باردار) با استفاده از روش‌های آموزشی سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ایفای نقش در سالن اجتماعات مرکز بهداشت برگزار گردید. (از علل کم بودن تعداد جلسات برای حمایت اجتماعی می‌توان به علل گوناگونی از جمله: شلوغ بودن مراکز، کمبود ماما و حجم بالای کاری به طوری که ماماها وقت اضافی جهت برگزاری کلاس نداشته، وجود تنها یک مکان آموزشی در سطح شهر، کمبود وسایل آموزشی، ویژگی‌های فرهنگی اجتماعی، مسائل اقتصادی جهت ایاب و ذهاب و در دسترس نبودن همسران به علت اشتغال در خارج شهر و حتی استان محل زندگی، اشاره نمود). مواد و وسایل کمک آموزشی مورد استفاده در برنامه عبارت بودند از وایت برد، فیلم و کتابچه.

به منظور بررسی تداوم انجام رفتارهای بهداشتی در ماه‌های آخر بارداری که به دلیل شرایط خاص بارداری، انجام مراقبت‌ها با موانع بیشتری روبرو می‌باشد، ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی، مجدداً همان پرسشنامه توسط افراد تکمیل شد و میزان تغییرات در زمینه ساختارهای الگوی باور سلامت، حمایت اجتماعی و رفتار (مراقبت‌های دوران بارداری) از طریق آزمون‌های آماری بررسی شد. در نهایت داده‌های دو گروه در مرحله قبل و ۶ ماه پس از مداخله آموزشی کدبندی و آنالیز شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه بوده و برای هریک از شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۰ و آزمون‌های

پژوهشگر تهیه، تنظیم شد و توسط کارشناس مامایی اجرا گردید. مداخله آموزشی در گروه آزمون، در قالب ۵ جلسه آموزشی ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای (تعداد جلسات و مدت زمان کلاس با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، فرهنگی گروه هدف و قابلیت اجرایی در مراکز و همچنین رسیدن زنان باردار به اهداف از پیش تعیین شده در هر جلسه بود) و با استفاده از روش‌های آموزشی سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، ایفای نقش و همچنین بهره‌گیری از منابع معتبر وزارت بهداشت و درمان، آموزش صورت پذیرفته است. در حالی که گروه کنترل، پس از پایان برنامه، مداخلات آموزشی مشابه را دریافت نمودند. در خصوص مداخله آموزشی، جلسه اول: آشنایی با مراقبت‌های دوران بارداری، زمان شروع مراقبت‌ها، نکات بهداشتی، علائم خطر، اختلالات شایع و بارداری‌های پرخطر بود. و جلسات دوم و سوم نیز بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و شامل آموزش در جهت بالا بردن حساسیت و شدت درک شده مادران در زمینه ابتلا به عوارض بارداری (سقط جنین، مرگ مادر، مرگ جنین، کم وزنی نوزاد...) و افزایش منافع درک شده مادران در خصوص انجام مراقبت‌های دوران بارداری و همچنین تلاش در جهت کاهش موانع درک شده از سوی مادران با پررنگ کردن منافع درک شده (تا موانع نزد آنها اهمیت کمتری پیدا کند). با توجه به اینکه نمونه‌ها قبل از مداخله آموزشی، مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی برای رفتارهای مراقبتی دوران بارداری خود را ماما عنوان کرده بودند سعی شد در جلسات آموزشی از مامای مرکز نیز برای آموزش مادران استفاده گردد. همچنین در زمینه ارتقای خودکارآمدی زنان باردار (افزایش مهارت‌های مادران، استفاده از الگوهای موفق همچون تجارب سایر مادران شکم اولی که موفق به انجام خودمراقبتی در همان جامعه و با شرایط مشابه شده‌اند، فیلم آموزشی، تنظیم برنامه زمانبندی شده و تشویق کلامی) در انجام خودمراقبتی در دوران بارداری برای گروه آزمون به همراه کتابچه آموزشی اجرا شد. جلسه چهارم، یک جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای جهت جلب و ارتقای حمایت اجتماعی برای همسران (شامل: آشنایی با مسائل و نیازهای دوران بارداری، اهمیت حمایت عاطفی، مالی و اطلاعاتی در دوران بارداری، آشنایی

آماري توصيفي و تحليلي و آزمون تي مستقل، تي زوجي و کاي اسکوتر مورد بررسي قرار گرفتند و نتايج در سطح آماري کمتر از ۰/۰۵ معني دار تلقي شد.

يافته‌ها

با توجه به تمهيدات صورت گرفته ميزان ريزش نمونه‌ها صفر بود. ميانگين سن شرکت کنندگان در گروه آزمون و کنترل به ترتيب ۲۰/۷۸±۲/۱۸ و ۲۱±۲/۹۷ سال بود. از لحاظ متغيرهاي جمعيت شناختي، تفاوت معني داري بين دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد. آزمون کاي دو نشان داد که نمونه هاي پژوهش، قبل از مداخله از نظر سطح تحصيلات، شغل، ميزان درآمد و وضعيت بيمه با هم اختلاف معني داري نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱. مقايسه مشخصات دموگرافيك در گروه هاي تحت مطالعه قبل از مداخله آموزشي

متغير	گروه آزمون تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)	معني داري*
سطح تحصيلات			
ابتدائي و راهنمائي	۱۹(۴۲/۲۲)	۱۷(۳۷/۷۷)	
ديپريستان	۱۸(۴۰)	۲۰(۴۴/۴۴)	۰/۶۹۵
دانشگاهي	۸(۱۷/۷۷)	۸(۱۷/۷۷)	
شغل			
خانه دار	۴۱(۹۱/۱۲)	۴۱(۹۱/۱۲)	۱
کارمند	۴(۸/۸۸)	۴(۸/۸۸)	
ميزان درآمد ماهيانه خانوار			
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۶(۵۷/۷۷)	۳۰(۶۶/۶۶)	۰/۶۷۰
بين ۵۰۰ هزار تا ۱ ميليون	۱۲(۲۶/۶۶)	۱۰(۲۲/۲۲)	
بين ۱ تا ۲ ميليون	۷(۱۵/۵۵)	۵(۱۱/۱۱)	
وضعيت بيمه			
دارد	۴۱(۹۱/۱۲)	۴۰(۸۸/۸۸)	۰/۷۲۵
ندارد	۴(۸/۸۸)	۵(۱۱/۱۲)	

*آزمون آماري کاي دو

بر اساس آزمون تي مستقل، قبل از مداخله بين ميانگين سن، آگاهي و ساختارهاي الگوي باور سلامت، ساختار حمايت اجتماعي و رفتارهاي مراقبتي دوران بارداري، اختلاف آماري معناداري مشاهده نشد ($P \geq 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲. مقايسه ميانگين متغيرهاي سن، آگاهي، سازه هاي مدل تلفيقي و رفتارهاي مراقبتي دوران بارداري در گروه هاي تحت مطالعه قبل از مداخله آموزشي

متغير	گروه آزمون		گروه کنترل	
	ميانگين	انحراف معيار	ميانگين	انحراف معيار
سن	۲۰/۷۸ (۲/۱۸)	۲۱ (۲/۹۷)	۲۱ (۲/۹۷)	۲۱ (۲/۹۷)
آگاهي	۳۹/۰۶ (۸/۰۵)	۴۰/۰۶ (۶/۱۳)	۴۰/۰۶ (۶/۱۳)	۴۰/۰۶ (۶/۱۳)
حساسيت درک شده	۱۳/۸۶ (۲)	۱۳/۷۳ (۱/۸۷)	۱۳/۷۳ (۱/۸۷)	۱۳/۷۳ (۱/۸۷)
شدت درک شده	۱۰/۸۲ (۳/۵۶)	۱۰/۴۲ (۲/۲۵)	۱۰/۴۲ (۲/۲۵)	۱۰/۴۲ (۲/۲۵)
منافع درک شده	۱۳/۳۷ (۱/۴۶)	۱۲/۸۲ (۲/۵۶)	۱۲/۸۲ (۲/۵۶)	۱۲/۸۲ (۲/۵۶)
موانع درک شده	۸/۳۷ (۲/۸۳)	۸/۳۱ (۳/۰۵)	۸/۳۱ (۳/۰۵)	۸/۳۱ (۳/۰۵)
خودکارآمدی	۹/۷۵ (۱/۵۸)	۹/۸۳ (۱/۵۶)	۹/۸۳ (۱/۵۶)	۹/۸۳ (۱/۵۶)
حمايت اجتماعي	۱۰/۷۱ (۱/۸۱)	۱۰/۶۲ (۱/۳۵)	۱۰/۶۲ (۱/۳۵)	۱۰/۶۲ (۱/۳۵)
رفتارهاي مراقبتي بارداري	۱۲/۶۲ (۲/۶۳)	۱۲/۶۵ (۱/۵۵)	۱۲/۶۵ (۱/۵۵)	۱۲/۶۵ (۱/۵۵)

*آزمون آماري تي مستقل

براي تعيين اثربخشي مداخله آموزشي از طريق مقايسه ميانگين نمرات ساختارهاي الگوي باور سلامت، حمايت اجتماعي و خودمراقبتي قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه از آزمون تي زوجي استفاده شد و نتايج اختلاف معناداري بين ميانگين نمره ساختارهاي الگوي باور سلامت، حمايت اجتماعي و خودمراقبتي قبل و بعد از مداخله آموزشي در گروه آزمون را نشان داد ($p < 0/05$) در حالي که در گروه کنترل هيچ گونه اختلاف معناداري مشاهده نشد ($p > 0/05$) (جدول ۳).

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده مي‌شود، در مقايسه وزن هنگام تولد، بين گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله آموزشي، اختلاف معنادار آماري وجود دارد ($p = 0/036$) و پيامد کمبود

جدول ۳. مقایسه میانگین ساختارهای الگوی باور سلامت، ساختار حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل

سطح معناداری	گروه		متغیر
	قبل از مداخله میانگین(انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین(انحراف معیار)	
*p<0/001	۱۳/۸۶(۲)	۱۵/۶۰(۰/۷۲)	حساسیت درک شده
p=0/060	۱۳/۷۳(۱/۸۵)	۱۳/۵۳(۱/۸۵)	شدت درک شده
p<0/001	۱۰/۵۲(۳/۵۶)	۱۵/۰۷(۱/۲۵)	منافع درک شده
p=0/643	۱۰/۴۲(۲/۲۵)	۱۰/۴۷(۲/۱۳)	موانع درک شده
p<0/001	۱۳/۳۷(۱/۴۶)	۱۴	خودکارآمدی
p=0/342	۱۳/۴۰(۱/۵۵)	۱۲/۴۴(۲/۵۴)	حمایت اجتماعی
p<0/001	۸/۳۷(۲/۸۳)	۶/۱۵(۲/۳۵)	خود مراقبتی
p=0/200	۸/۳۱(۳/۰۵)	۸/۹۱(۲/۹۱)	
p<0/001	۹/۷۵(۱/۵۸)	۱۳/۴۲(۰/۸۳)	
p=0/305	۹/۳۳(۱/۵۶)	۹/۰۴(۱/۵۵)	
p<0/001	۱۰/۷۱(۱/۸۱)	۱۵/۸۴(۰/۴۲)	
p=0/190	۱۰/۶۲(۱/۳۵)	۱۰/۲۲(۲/۳۲)	
p<0/001	۱۲/۶۲(۲/۶۳)	۱۵/۷۷(۱/۵۲)	
p=0/160	۱۲/۶۰(۱/۵۵)	۱۲/۴۶(۱/۶۴)	

*آزمون تی زوجی

بارداری می‌تواند در بهبود نتایج حاملگی و تولد مؤثر باشد. نتایج این مطالعات در جوامع مختلف، حاکی از ارتباط خودمراقبتی با کاهش خطر ابتلا به وزن کم هنگام تولد بود (۲۸ و ۲۹). همسو با مطالعه حاضر سلیمانی اختیاری و همکاران (۲) در مطالعه خود دریافتند برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی باور سلامت بر میزان کم وزنی هنگام تولد مؤثر است.

وجود اختلاف معنی دار بین دو گروه بعد از مداخله آموزشی، می‌تواند شاهد خوبی از تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای حساسیت درک شده مادران باردار در گروه مداخله باشد، که این یافته همخوان با پژوهشهای مرتبط با افزایش حساسیت درک شده در زمینه رفتارهای خودمراقبتی تغذیه‌ای در مادران باردار می‌باشد که بین حساسیت درک شده و رفتار خودمراقبتی رابطه مستقیم وجود داشت. عدم سیگار کشیدن در دانش آموزان، پیشگیری از پوکی استخوان و مراقبت از رژیم غذایی و مراقبت از پا در بیماران دیابتی می‌باشد (۳۰-۳۳).

وزن در گروه آزمون کمتر بوده که حاکی از نتیجه بهتر در گروه آزمون می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه پیامد کمبود وزن (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم) نوزادان هنگام تولد، بین گروه آزمون و کنترل

گروه	کمتر از ۲۵۰۰ گرم		تا ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم		سطح معنی داری*
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
آزمون	۳	(۶/۶۶٪)	۴۲	(۹۳/۳۳٪)	
کنترل	۱۰	(۲۲/۲۲٪)	۳۵	(۷۷/۷۷٪)	p=0/036
کل	۱۳	(۱۴/۴۴٪)	۷۷	(۸۵/۵۵٪)	

*آزمون کای دو

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، ساختارهای الگوی باور سلامت، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی و کاهش کم وزنی هنگام تولد، در گروه مداخله بعد از اجرای مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل در وضعیت مطلوبتری قرار گرفت. مطالعات مشابه نشان داده‌اند که خودمراقبتی دوران

از لحاظ شدت درک شده افزایش میانگین نمره شدت درک شده گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی حاکی از اختلاف معنی دار در شدت درک شده بین دو گروه بود، به طوری که میانگین شدت درک شده در گروه آزمون از ۱۰/۸۲ به ۱۵/۰۷ بعد از مداخله افزایش یافت. افزایش شدت درک شده در سایر مطالعات مشابه نیز وجود داشته است (۳۰-۳۳).

وضعیت درک افراد از منافع خودمراقبتی دوران بارداری در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش پیدا کرد و آزمون تی مستقل هم اختلاف معنیداری را در این زمینه بعد از مداخله نشان داد. به طوری که میانگین حساسیت درک شده در گروه آزمون از ۱۳/۸۶ به ۱۵/۶ بعد از مداخله افزایش یافت. به نظر می‌رسد که توجه مادران باردار به رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری باعث کاهش عوارض و بهبودی سریعتر بیماری یا عارضه در طی بارداری می‌گردد، که این امر می‌تواند در ارتقای سطح منافع درک شده مادران مؤثر باشد. مطالعه شریفی راد نیز نشان داد که بین منافع در گذشته و دوری از سیگار کشیدن در بین نوجوانان رابطه مثبت وجود دارد (۳۲).

وضعیت درک مادران از موانع موجود جهت خودمراقبتی دوران بارداری در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت یکسانی قرار داشت و آزمون تی مستقل هم اختلاف معنیداری بین میانگین نمره موانع در گذشته در دو گروه نشان نداد؛ به طوری که میانگین موانع درک شده در گروه آزمون از ۸/۳۷ به ۶/۱۶ بعد از مداخله کاهش یافت. اما وجود اختلاف معنیدار در موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع در گذشته در خصوص خودمراقبتی در گروه مداخله بوده است. یکی از موانع مهم مطرح شده کمبود وقت بود که با آموزش‌های گسترده می‌توان این مورد را به حداقل رساند، بنحوی که در مطالعه شریفی راد نیز با کاهش موانع در گذشته، نوجوانان کمتر اقدام به سیگار کشیدن کرده بودند (۳۲). در مطالعه حیحونی نیز با رفع موانع در گذشته بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پیاده روی نموده بودند (۳۴).

خودکارآمدی، درک ذهنی فرد از توانایی هایش برای انجام شایسته رفتارهای بهداشتی مربوط به خودمراقبتی دوران بارداری است که در این پژوهش میانگین خودکارآمدی در مادران باردار گروه مداخله افزایش پیدا کرد. به طوری که میانگین خودکارآمدی درک شده در گروه آزمون از ۹/۲۵ به ۱۳/۱۵ بعد از مداخله افزایش یافت. در مطالعه کرجی بانی و همکاران (۳۵) و حسین ایزدی راد و همکاران (۳۶) نیز پس از مداخله آموزشی خودکارآمدی افزایش معنی داری را نشان دادند. در مطالعه ژیانیان و همکاران (۳) نیز نتایج مشابه با مطالعه حاضر بدست آمد. به نظر می‌رسد هر اندازه منافع درک شده بیشتر باشد، موانع درک شده کمتر خود را نشان می‌دهد و در نهایت، فرد از خودکارآمدی درک شده بالاتری برخوردار خواهد بود.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر، حاکی است میزان حمایت اجتماعی در گروه مداخله بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود. به طوری که میانگین حمایت اجتماعی درک شده در گروه آزمون از ۱۰/۷۱ به ۱۵/۸۴ بعد از مداخله افزایش یافت. این یافته همسو با نتایج مطالعه AlHaidar و همکاران (۳۷) می‌باشد که حمایت اجتماعی خانواده در زمینه خودمراقبتی در گروه مداخله افزایش معنی داری داشت.

یکی از چالش‌های متخصصان سلامت مادر و کودک، دستیابی زنان باردار به اطلاعات صحیح و حمایت از آنان در دوران بارداری با هدف ایجاد تغییر مثبت در رفتارهای آنان است که می‌تواند به طور اثر بخش منجر به بهبود پیامدهای بارداری و نیز توانمندسازی زنان برای مراقبت از خود و استفاده از منابع حمایتی شود (۳۸).

این امر بیانگر آن است که علاوه بر اینکه زنان باردار نیاز به حمایت اجتماعی بالاتری دارند در زنان باردار پرخطر این نیاز بیش از پیش احساس می‌شود و مشارکت خانواده، جامعه و کادر درمان در این امر ضروری به نظر می‌رسد که می‌تواند منجر به افزایش سلامت و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در آنها شود. از طرفی انزوای اجتماعی باعث می‌شود افراد به سختی الگوهای رفتاری

سلامت و ساختار حمایت اجتماعی در گروه آزمون، بطور معناداری موجب افزایش رفتارهای مراقبتی دوران بارداری و کاهش تولد نوزاد کم وزن شد. با توجه به نتایج این مطالعه، نگرش‌ها بر عملکرد زنان در دوران بارداری موثر می‌باشد به طوری که افزایش حساسیت، شدت، منافع، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک شده و کاهش موانع درک شده در دوران بارداری، درگیری زنان باردار در اتخاذ رفتارهای مراقبتی دوران بارداری را افزایش داد. بنابراین نتایج این مطالعه، سودمندی مداخله آموزش مبتنی بر مدل تلفیقی در طول دوره بارداری به منظور ارتقای مراقبت‌های دوران بارداری و کاهش پیامد نامطلوب وزن کم هنگام تولد را نشان داد.

با توجه به محدود بودن گروه هدف به زنان باردار شکم اول در این مداخله، پیشنهاد می‌شود اثرات مداخله آموزش مبتنی بر تلفیق الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی بر رفتارهای مراقبتی دوران بارداری و پیامدهای بارداری زنان با سابقه بارداری و زنان باردار نیازمند مراقبت‌های ویژه در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود کارآیی و اثر بخشی الگوی باور سلامت و ساختار حمایت اجتماعی در مقایسه با کارآیی سایر مدل‌ها و تئوری‌ها بررسی شود.

تشکر و قدر دانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از همکاری ارزنده مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر و زنان باردار شرکت کننده در مطالعه در راستای ارتقای پیشرفت علمی کشور ابراز می‌دارند.

References

1. Gaiva MAM, Palmeira EWM, Mufato LF. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0018>
2. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJCBNM*. 2019;7(1):2-12.
3. Ekhtiari YS MF, Foroushani AR, Shakibazadeh E. Effect of a Self-care Educational Program Based on the Health Belief Model on Reducing Low Birth Weight Among Pregnant Iranian Women. *Int J Prev Med*. 2014;5(1):76-82.
4. Ekhtiari YS MF, Foroushani AR, Shakibazadeh E. Effect of a Self-care Educational Program Based on the Health Belief Model on Reducing Low Birth Weight Among Pregnant Iranian Women. *Int J Prev Med*. 2014;5(1):76-82. <https://doi.org/10.22038/jhl.2020.46110.1097>
5. Moraes AN, Likwa RN, Nzala SH. A retrospective analysis of adverse obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancy: the case of Luapula Province, Zambia. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*. 2018; 4(20):2-11. <https://doi.org/10.1186/s40748-018-0088-y> PMID:30349732 PMCID:PMC6192102
6. Harrison AL, Taylor NF, Shields N, Frawley HC .

خودمراقبتی خود را تغییر دهند و این مسئله آنها را در مقابل شرایط حساس مثل دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان آسیب پذیر می‌کند و عوارض مادری و نوزادی را افزایش می‌دهد. بنابراین فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر مهم برای سلامت مادر در دوران بارداری بوده و اثرات زیانباری را بر پیامدهای بارداری می‌تواند داشته باشد (۳۹). از محدودیتهای پژوهش ما تأثیر برخی عوامل مانند ویژگیهای شخصیتی، تفاوت‌های فردی و حالت‌های روحی- روانی هنگام پاسخ به پرسشنامه بود که از کنترل پژوهشگران خارج بود. استفاده از روش خود گزارش دهی نیز از محدودیتهای دیگر بود، که به طبع می‌توانست بر کیفیت داده‌ها تأثیر بگذارد. همچنین محدود بودن گروه هدف به زنان باردار شکم اول و در نظر نگرفتن زنان با سابقه بارداری از دیگر محدودیت‌های مطالعه اضر می‌باشد.

در مطالعه حاضر، در نظر گرفتن حمایت اجتماعی (عاطفی، اطلاعاتی و اقتصادی) در خودمراقبتی زنان باردار، می‌تواند به عنوان یک نقطه مثبت در نظر گرفته شود، زیرا رفتارهایی مانند فعالیت فیزیکی، تغذیه و رعایت بهداشت دهان و دندان توسط گستره وسیعی از متغیرهای اجتماعی، روانی و اقتصادی تعیین می‌شود. بنابراین بهتر است در مداخلات آموزشی برای بهبود اینگونه رفتارها در افراد به این عوامل پرداخته شود.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، مداخله آموزشی مبتنی بر تلفیق الگوی باور

- Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 2018; 64: 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.012> PMID:29289592
7. Yasuoka J, Nanishi K, Kikuchi K, Suzuki S, Ly P, Thavrin B, et al. Barriers for pregnant women living in rural, agricultural villages to accessing antenatal care in Cambodia: A community-based cross-sectional study combined with a geographic information system. *PLoS ONE*. 2018;13(3):1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194103> PMID:29554118 PMCid:PMC5858830
 8. Heidarzadeh M, Jodeiry B, Hosseini MB, Mirnia K, Akrami F, Habbibollahi A. High Risk Infants Follow-Up: A Case Study in Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2015:1-6. doi.org/10.1155/2015/817540 <https://doi.org/10.1155/2015/817540> PMID:26136787 PMCid:PMC4468300
 9. Cutland CL, Lackritz EM, Mallet-Moore T, Bardaji A, Chandrasekaran R, Lahariya C, et al. Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2017; 35(48): 6492-6500. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.01.049> PMID:29150054 PMCid:PMC5710991
 10. Mahmoudi Zadeh M, Nemati E, Rezaei F, Sharafi H. The prevalence of premature and low weight neonate birth and risk factors in operating room staffs of Bandarabbas educational hospitals. *Zanko J Med Sci*. 2017; 18 (58) :61-67.
 11. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12) . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010994.pub2> PMID:26621223 PMCid:PMC4676908
 12. Atkins DN, Barroso CS, Anderson AJ, Meadows JT, Lindley LC. Maternal Health of Undocumented Women with and Without Medicaid Access in Nebraska, 2007-2011. *Hispanic Health Care International*. 2017;15(1);1-10. <https://doi.org/10.1177/1540415316682722> PMID:28558512
 13. Shin D, Song WO. Influence of the Adequacy of the Prenatal Care Utilization Index on Small-For-Gestational-Age Infants and Preterm Births in the United States. *J Clin Med*. 2019, 8(6), 838. <https://doi.org/10.3390/jcm8060838> PMID:31212823 PMCid:PMC6616923
 14. Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Robat-Sarpooshi D, Gholian - Aval M, Jafari A, Alizadeh-Siuki H. The impact of health education on nutritional behaviors in female students: an application of health belief model. *International Journal of Health Promotion and Education*. 2019:1-13. <https://doi.org/10.1080/14635240.2019.1696219>
 15. Aygar H, Akbulut Zencirci S, Ozturk Emiral G, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. *North Clin Istanbul* 2019;6 (1): 13-20. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.19327> PMID:31180385 PMCid:PMC6526993
 16. Schaffler J, Tremblay S, Lambrou A. The Effectiveness of Self-Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2018; 33 (4): 510-23. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4265-x> PMID:29427178 PMCid:PMC5880764
 17. Emamgholi Khooshehchin T, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shakibazadeh A, Faghihzadeh S. Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017; 5 (4) :76-89.
 18. Ginja S, Coad J, Bailey E, Kendall S, Goodenough T, Nightingale S, et al. Associations between social support, mental wellbeing, self-efficacy and technology use in first-time antenatal women: data from the BaBBLes cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018; 18:441;2-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2049-x> PMID:30419842 PMCid:PMC6233574
 19. Baker B, Yang I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Health Care*. 2018;17:31-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003> PMID:30193717
 20. Moosavinasab MS, Fahami F, Kazemi A. The Relationship between Cognitive Social Theory and Physical Activity in Pregnant Women. *Int J Pediatr* 2018; 6 (11): 8527-35.
 21. Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A. Effects of Social Support and Self-Efficacy on Maternal Prenatal Cares Among the First-Time Pregnant Women, Iranshahr, Iran. *J Fam Reprod Health* 2017; 11(2): 67-73.
 22. Chasse JD. Reducing Infant Morbidity with Adolescent Mothers. *Obstet Gynecol Int J*. 2017; 8(2): 1-6. <https://doi.org/10.15406/ogij.2017.08.00283>
 23. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot*. 2018;7:48. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_73_17 PMID:29693029 PMCid:PMC5903155
 24. Torkan N, Kazemi A, Paknahad Z, Bahadoran P4 Relationship of Social Cognitive Theory Concepts to Dietary Habits of Pregnant Women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(2):125-130.
 25. Ahmadpoor H, Maheri A, Shojaizadeh D. Effectiveness of

- Nutrition Education Based on Health Belief Model during Pregnancy on Knowledge and Attitude of Women Referred to Health Centers of Gonbad Kavoos City. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2015; 3 (2) :52-60.
26. Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of Pregnancy Self-Care, Perceived Social Support and Perceived Stress of Women with Gestational Diabetes and Healthy Pregnant Women. *Int J Endocrinol Metab* 2014;16(3):162-9. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p162> PMID:25716401 PMCID:PMC4796349
 27. Izadirad H, Niknami SH, Zareban I, Hidarnia A, Ansari Moghadam A. Designing and Developing the Prenatal Care Scale based on Health Belief Model. *Health Education and Health Promotion (HEHP)*, 2015; 3 (3): 29-42.
 28. Evaluating the quality of antenatal care and pregnancy outcomes using content and utilization assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018;30(6): 466-471. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy041> PMID:29590356
 29. Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. The Relationship between Maternal Health Literacy and Dietary Self-Efficacy with Pregnancy Outcomes. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2020; 8(1): 2058-2068.
 30. Shabibi P, Abedzadeh Zavareh MS, Sayehmiri K, Qorbani M, Safari O, Effect of educational intervention based on the Health Belief Model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients. *Electronic physician*, 2017;9(12); 5960-5968. <https://doi.org/10.19082/5960> PMID:29560148 PMCID:PMC5843422
 31. Sadeghi Goorabi M, Akhoundan M, Shadman Z, Hajifaraji M, Khoshniat Nikoo M .The Effect of Nutritional Education Program Based on Health Belief Model (HBM) on the Knowledge of Fasting Type 2 Diabetic Patients. *Nutrition and Food Sciences Research*. 2017;4(2): 15-23. <https://doi.org/10.18869/acadpub.nfsr.4.2.3>
 32. Khazaee-Pool M, Zarei F, Pashaei T, Shojaeizadeh D. The effect of an educational intervention based on health belief model on improving smoking preventive behaviors among students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017;4(4):300-8. <https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.4.4.300>
 33. Khani Jeihooni A, Askari A, Kashfi SM, Khiyali Z, Kashfi SH, Safari O, et al. Application of Health Belief Model in Prevention of Osteoporosis among Primary School Girl Students. *Int J Pediatr* 2017; 5(11): 6017-29.
 34. Khani Jeihooni A, Askari A, Kashfi SM, Khiyali Z, Kashfi SH, Safari O, et al. Application of Health Belief Model in Prevention of Osteoporosis among Primary School Girl Students. *Int J Pediatr* 2017; 5(11): 6017-29.
 35. Karajibani M, Montazerifar F. The Effect of Nutritional Education on Knowledge and Practice at the Household Level in Zahedan. *JNFS*. 2019; 4 (1) :17-25 <https://doi.org/10.18502/jnfs.v4i1.396>
 36. Izadirad H, Niknami Sh, Zareban I & Hidarnia AR. Improving prenatal care in pregnant women in Iranshahr, Iran: Applying Health BeliefModel. *Women & Health*. 2018;58(10):1167-1178. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1388333> PMID:29111919
 37. AlHaidar AM, AlShehri NA, AlHussaini MA. Family Support and Its Association with Glycemic Control in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Diabetes Research*, 2020:1-6. <https://doi.org/10.1155/2020/5151604> PMID:32280715 PMCID:PMC7125464
 38. Mousavi Chalac A, Riahi A. Information Needs of Pregnant Women Referred to Health Centers in Behshahr City during 2016-17. *JCHR*. 2017; 6 (3) :165-174
 39. Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R. [Pregnant mothers' strategies for the management of pregnancy concerns]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(2): 106-125.