

دوره اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۳، صفحات ۸۹ تا ۹۸ <a href="http://ch.sbm.ac.ir">http://ch.sbm.ac.ir</a>	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مقاله اصیل
---	--	---------------

## سنجش سازه های الگوی باور سلامتی در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به شبکه بهداشت جنوب تهران

یلدا سلیمان اختیاری<sup>۱</sup>، فرشته مجلسی<sup>۲\*</sup>، عباس رحیمی فروشانی<sup>۳</sup>

۱. دکترای آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
  ۲. استاد گروه سلامت مادر و کودک، متخصص بهداشت مادر و کودک، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
  ۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- \* نویسنده مسئول: فرشته مجلسی، تهران، بلوار کشاورز، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت،

گروه سلامت مادر و کودک [dr\\_f\\_majlessi@yahoo.com](mailto:dr_f_majlessi@yahoo.com)

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Soleiman Ekhtiari Y, Majlessi F, Rahimi Froushani A. Measurement of the Constructs of Health Belief Model Related to Self-care during Pregnancy in Women Referred to South Tehran Health Network. Community Health 2015; 1(2): 89-98.

### چکیده

**زمینه و هدف:** فعالیت های خود مراقبتی در دوران بارداری می تواند در کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری اثر بخش باشد. الگوی باور سلامتی یکی از کاربردی ترین الگوها برای نیازسنجی آموزشی جهت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی می باشد. هدف این پژوهش، بررسی وضعیت زنان باردار در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری بر مبنای الگوی باور سلامتی بود. **روش و مواد:** این مطالعه مقطعی با مشارکت ۲۷۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهری تحت پوشش شبکه بهداشت جنوب تهران انجام شد. وضعیت زنان باردار در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری از طریق پرسشنامه سه قسمتی دموگرافیک، آگاهی و نگرش مبتنی بر سازه های الگوی باور سلامتی اندازه گیری و توسط نرم افزار آماري SPSS18 تحلیل شد.

**یافته ها:** در این مطالعه، ۹۲/۲ درصد از زنان باردار دارای سطح آگاهی قوی در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری بودند. مطالعه نشان داد که نمره کسب شده توسط اکثر زنان مورد بررسی در زمینه سازه های شدت درک شده، خود کارآمدی درک شده و راهنماها برای عمل در سطح قوی بود ولی اکثر زنان در زمینه سازه های حساسیت درک شده، منافع و موانع درک شده نمره ضعیف کسب کردند.

**نتیجه گیری:** الگوی باور سلامتی می تواند به عنوان ابزاری مناسب جهت ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه انجام رفتارهای خود مراقبتی و نیز چارچوبی برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی با هدف ارتقاء این رفتارها استفاده گردد.

**واژگان کلیدی:** الگوی باور سلامتی، خود مراقبتی، بارداری، آموزش سلامت

### مقدمه

که منجر به پیامدهای نامطلوب بارداری می شود، کاهش دهد (۲). عدم مراقبت کافی از زن باردار در دوران بارداری، علاوه بر ایجاد مشکلات برای سلامت زن باردار، می تواند منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوبی در نوزاد از قبیل سقط جنین، مرده زایی، تولد زودرس، تولد نوزاد کم وزن و بسیاری از مشکلات دیگر گردد که می تواند

بارداری یکی از وقایع طبیعی در سنین باروری هر زن به شمار می رود (۱). مراقبت های دوران بارداری می تواند احتمال بروز مرگ و میر و مشکلات ناشی از بارداری و زایمان را از طریق شناسایی و کاهش خطرات بالقوه دوران بارداری و کمک به زنان برای اصلاح عوامل رفتاری

موفقیت آمیز رفتار دارد. پژوهشگران کشورهای مختلف، سازه های این الگو را به طور موفقیت آمیز برای توصیف رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری ها و رفتارهای مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات سلامت از جمله غربالگری برای بیماری های مختلف به کار برده اند (۷-۱۲). در کشور ما نیز در دهه های اخیر، مطالعات مختلفی از جمله ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه عفونت ادراری، سنجش رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتیک، سنجش رفتارهای مراقبت از دهان و دندان و نیز پیشگیری از ابتلا به آنفلوآنزای نوع A در دانش آموزان دبیرستانی بر مبنای این الگو انجام شده است (۱۳-۱۶). با استفاده از این مطالعات می توان با رفع موانع درک شده و یا درک ارزشمندی منافع درک شده نسبت به موانع درک شده، ایجاد حساسیت و شدت درک شده و همچنین ایجاد خودکارآمدی برای انجام رفتار سلامت مورد نظر، منجر به تغییر رفتار شد. از این الگو می توان نه تنها برای نیاز سنجی آموزشی استفاده نمود بلکه می توان به عنوان یک ابزار عملی برای اجرای راهبردهای مداخلاتی موثر بکار برده شود.

این در حالی است که اگر زنان باردار خود را نسبت به پیامدهای نامطلوب بارداری آسیب پذیر و حساس بدانند، اعتقاد داشته باشند که فعالیت های خودمراقبتی می تواند در کاهش این پیامدهای نامطلوب مفید باشند و اعتقاد داشته باشند که منافع اتخاذ این فعالیت ها بیشتر از هزینه ها یا موانع انجام آنهاست، احتمالاً این رفتارها را اتخاذ خواهند کرد. در نتیجه سنجش این سازه ها می تواند عامل پیشگویی کننده انجام رفتارهای خود مراقبتی دوران بارداری باشد. بنابر این هدف از این مطالعه، بررسی وضعیت زنان باردار در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری بر مبنای الگو باور سلامتی بود تا بتوان از نتایج این مطالعه در برنامه ریزی های ارتقای سلامت مادران و کودکان کشورمان استفاده کنیم

### روش و مواد

این مطالعه مقطعی با مشارکت ۲۷۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به ۱۰ مرکز شهری بهداشتی درمانی تحت پوشش شبکه بهداشت جنوب تهران انجام شد. این مطالعه، بخش اولیه (توصیفی) مطالعه ای با هدف بررسی

سبب صرف هزینه های درمانی زیادی توسط خانواده شود (۳) که ممکن است این مشکلات بر سلامت دوران کودکی آنان نیز تاثیر بگذارد. برای تولد نوزاد سالم، زنان نیازمند به طیف وسیعی از مراقبت ها هستند تا از سلامت آنان و فرزندانشان اطمینان یافت. این مراقبت ها از خود زن و خانواده اش و از منزل او و به عبارت دیگر از خود مراقبتی زن باردار آغاز می شود (۴).

بر طبق تعریف، خود مراقبتی عبارت است از اقدامات و فعالیت های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری که توسط فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود و خانواده اش انجام می شود (۵). در نتیجه، فعالیت های خود مراقبتی در دوران بارداری نیز، که به طور آگاهانه توسط زن باردار اتخاذ می شود، می تواند منجر به حفظ سلامت او و جنین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان شود. برای اثربخش بودن خود مراقبتی دوران بارداری، زنان باردار نیازمند به اطلاعات، مهارت ها و حمایت های اجتماعی می باشند. 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 (۶).

در حوزه آموزش سلامت، با استفاده از الگوهای آموزشی که برای تبیین عوامل مرتبط با رفتار طراحی شده اند و بررسی میزان تاثیر این متغیرها در اتخاذ رفتار پیشگیرانه، می توان راهبردهای مناسبی برای ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در زنان باردار پیدا کرد. در این زمینه، الگو باور سلامتی (HBM) Health Belief Model یکی از پر کاربردترین چارچوب های تئوریک مورد استفاده در زمینه تغییر رفتار می باشد که می تواند به عنوان پایه ای برای مداخلات آموزش سلامت به کار رود. بر اساس این الگو، انجام رفتار به پیامدهای مورد انتظار از یک عمل بستگی دارد. این الگو دارای ۶ سازه می باشد: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی و راهنماها برای عمل. بر اساس سازه های این الگو، رفتارهای سالم نتیجه درک حساسیت و شدت مشکل، درک منافع رفتاری مورد نیاز برای اجتناب یا مدیریت مشکل، مواجهه با محرک های ارتقا دهنده عمل و اطمینان فرد به ظرفیت و توانایی انجام

انجام فعالیت های خودمراقبتی در دوران بارداری طبق نظر متخصصان و صاحب نظران در این زمینه، به طور قراردادی به دو قسمت ضعیف (زیر ۶۰ درصد) و قوی (۶۰ درصد و بالاتر) طبقه بندی شدند. برای بررسی اعتبار (روایی) پرسشنامه شامل روایی محتوایی و صوری، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان و صاحب نظران قرار گرفت تا نظرات اصلاحی خود را بیان نموده و نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه گردید و در صورت نیاز، تغییرات لازم اعمال شد. برای بررسی اعتماد (پایایی) پرسشنامه، با استفاده از ۲۰ نفر از زنان باردار، برای سوالات آگاهی از روش آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی  $r$  برابر با ۰/۷۵، به دست آمد. برای بررسی اعتماد علمی سوالات نگرش نیز آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار محاسبه شده برابر با ۰/۸۰ بود. داده ها صرفاً از طریق تکمیل پرسشنامه توسط زنان باردار جمع آوری شد.

پس از توجیه و جلب حمایت مدیریت و کارکنان شبکه بهداشت جنوب و واحدهای بهداشت خانواده و آموزش بهداشت و کسب مجوز، پرسشنامه ها در اختیار کارکنان واحد بهداشت خانواده در مراکز شهری بهداشتی درمانی قرار گرفت. همه کارکنان در زمینه اهمیت پژوهش و نحوه نظارت بر پرشدن پرسشنامه ها توسط زنان باردار باسواد و کمک به زنان بی سواد برای تکمیل پرسشنامه ها توجیه شدند. در مورد زنان باردار بیسواد، سوالات و جواب های پیشنهادی توسط کارکنان واحد بهداشت خانواده خوانده می شد و گزینه پیشنهادی زنان باردار توسط کارکنان علامت زده می شد. پس از جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ها، میزان آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری با توجه به سازه های الگوی باور سلامتی مورد بررسی قرار گرفت. داده های جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS18 شد. از شاخص های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف داده ها و از آزمون Chi-square برای بررسی ارتباط بین نمره آگاهی و سازه های الگوی باور سلامتی با متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. مقدار  $p < 0.05$  نیز به عنوان سطح معنی دار آماری در نظر گرفته شد.

تاثیر برنامه خود مراقبتی دوران بارداری مبتنی بر الگوی باور سلامتی بر پیامدهای بارداری زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت جنوب تهران بود. بنابر این حجم نمونه مطالعه طوری تعیین شد که بتوان نسبت پیامدهای نامطلوب بارداری (سقط، مرده زایی، تولد زودرس، کم وزنی هنگام تولد، ماکروزومی) را با دقت کافی برآورد کرده و بر اساس آن شاخص اپیدمیولوژیک نسبت شانس ها (Odds Ratio) بر آورد گردد. برای احتیاط درصد ۱۲/۵٪ مربوط به کم وزنی هنگام تولد از مطالعات مرتبط و مشابه در تعیین حجم نمونه به کار برده شد و حجم نمونه طوری تعیین گردید که با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، اگر نسبت شانس ها ۲/۵ برابر یا بیشتر برای هر پیامد گردد از نظر آماری معنی دار گردد. زنان بارداری که به طور روزانه برای دریافت مراقبت های دوران بارداری به مراکز مورد نظر مراجعه می کردند و حداکثر سه ماه از بارداریشان می گذشت، به روش سرشماری تا رسیدن به حجم مورد نظر انتخاب شدند ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی نیز به طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه ای شامل ۳ بخش سنجش ویژگی ها دموگرافیک، سنجش آگاهی و سنجش نگرش بر مبنای سازه های الگوی باور سلامتی بود که توسط زنان باردار تکمیل شد. پرسشنامه دموگرافیک شامل ۸ سوال مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی، اجتماعی و اقتصادی بود. پرسشنامه آگاهی شامل ۷ سوال چهار گزینه ای بود که در آن برای جواب درست ۱ نمره و برای سایر جواب ها صفر در نظر گرفته شد. پرسشنامه نگرش نیز شامل ۲۳ سوال بود که بر اساس سازه های حساسیت درک شده (۴ سوال)، شدت درک شده (۴ سوال)، منافع درک شده (۴ سوال)، موانع درک شده (۴ سوال)، خودکارآمدی (۴ سوال) و علائم برای عمل (۳ سوال) تهیه شده بود که برای امتیاز دهی به پاسخ سوالات آن از مقیاس لیکرت استفاده شد به طوری که حداکثر امتیاز قابل کسب از پرسشنامه سنجش سازه ها ۱۱۵ امتیاز بود. نمرات پرسشنامه های آگاهی و سازه های الگوی باور سلامتی با توجه به تعداد سوالات و لزوم پاسخ گویی صحیح به حداقل ۶۰ درصد سوالات برای

**یافته ها**

میانگین (انحراف معیار) سن زنان مورد بررسی (۱/۵۸) ۲۷ بود. از نظر سطح تحصیلات، اکثر زنان مورد بررسی (۴۹/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. نیمی از زنان مورد بررسی نیز دارای خانوار ۲ نفره بودند. بیش از ۹۵/۶ درصد از زنان خانه دار بودند و اکثر زنان (۷۳/۷ درصد) در منازل اجاره ای زندگی می کردند. از نظر سابقه شرکت در کلاس های آموزشی دوران بارداری نیز ۸۲/۶ درصد از زنان تاکنون در هیچ کلاس آموزشی مراقبت دوران بارداری شرکت نکرده بودند. ویژگی های دموگرافیک زنان مورد بررسی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱- ویژگی های دموگرافیک زنان باردار

مورد بررسی		متغیر	فراوانی (درصد)
سن	زیر ۲۰ سال	۲۸ (۱۰/۴)	
	۲۰ تا ۲۴ سال	۸۳ (۳۰/۷)	
	۲۵ تا ۲۹ سال	۹۲ (۳۴/۱)	
	۳۰ و بالاتر	۶۷ (۲۴/۸)	
سطح تحصیلات	بیسواد	۲۷ (۱۰)	
	ابتدایی	۳۵ (۱۳)	
	راهنمایی	۷۵ (۲۷/۸)	
بعد خانوار	دیپلم و بالاتر	۱۳۳ (۴۹/۳)	
	۲ نفر	۱۳۵ (۵۰)	
شغل	۳ نفر	۹۸ (۳۶/۳)	
	۴ نفر و بالاتر	۳۷ (۱۳/۷)	
وضعیت مسکن	خانه دار	۲۵۸ (۹۵/۶)	
	شاغل	۱۲ (۴/۴)	
سابقه شرکت در کلاس های آموزشی خود مراقبتی	اجاره ای	۱۹۹ (۷۳/۷)	
	شغلی	۷۱ (۲۶/۳)	
وضعیت مسکن	بلی	۴۷ (۱۷/۴)	
	خیر	۲۲۳ (۸۲/۶)	

نتایج حاصل از بررسی پرسشنامه های آگاهی و نگرش مبتنی بر الگو باور سلامتی در جدول شماره ۲ آمده است. پس از بررسی پرسشنامه آگاهی مشخص شد که ۹۲/۹

درصد از زنان باردار دارای سطح آگاهی قوی در زمنه خود مراقبتی دوران بارداری بودند.

در زمینه سازه های الگو باور سلامتی، بررسی پرسشنامه ها نشان داد که نمره کسب شده توسط اکثر زنان مورد بررسی در زمینه سازه های حساسیت درک شده، منافع و موانع درک شده در سطح ضعیف قرار داشت. به طوری که نمره حساسیت درک شده در ۶۰/۷ درصد (۱۶۴ نفر) از زنان مورد بررسی در سطح ضعیف قرار داشت. همچنین ۷۵/۲ درصد (۲۰۳ نفر) از زنان مورد بررسی نمره منافع درک شده ضعیف داشتند. نمره موانع درک شده ۷۴/۱ درصد (۲۰۰ نفر) از زنان مورد بررسی نیز در سطح ضعیف قرار داشت.

این در حالی بود که بررسی پرسشنامه ها نشان داد که نمره کسب شده توسط اکثر زنان مورد بررسی در زمینه سازه های شدت درک شده، خود کارآمدی درک شده و راهنماها برای عمل در سطح قوی قرار داشت. به طوری که نمره سازه شدت درک شده در ۶۲/۶ درصد (۱۶۹ نفر) از زنان مورد بررسی در سطح قوی قرار داشت. ۶۶/۳ درصد (۱۷۹ نفر) از زنان مورد بررسی نمره خود کارآمدی درک شده قوی داشتند. نمره راهنماها برای عمل نیز در ۵۱/۵ درصد (۱۳۹ نفر) از زنان مورد بررسی در سطح قوی قرار داشت. در زمینه این سازه، نمره ۴۸/۵٪ (۱۳۱ نفر) از زنان نیز در سطح ضعیف قرار داشت. بنابراین توزیع نمره نمره سازه راهنماها برای عمل در زنان مورد بررسی تقریباً به طور یکسان در دو سطح ضعیف و قوی توزیع شده بود. جهت بررسی ارتباط بین نمره آگاهی و سازه های الگو باور سلامتی با متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای اسکور استفاده گردید. مطالعه نشان داد که بین نمره آگاهی و بعد خانوار و نیز سطح تحصیلات زنان باردار مورد بررسی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ( $p=0.01$  و  $p<0.001$  به ترتیب). بین نمره موانع درک شده و شغل زنان باردار مورد بررسی نیز ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ( $p=0.009$ ). این در حالی است که اکثریت زنان مورد بررسی، خانه دار بودند. همچنین بین نمره خود کارآمدی درک شده و بعد خانوار و سن زنان باردار ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ( $p=0.02$  و  $p=0.01$ ).

جدول شماره ۲- توزیع نمره آگاهی و سازه های الگوی باور سلامتی در زنان باردار مورد بررسی

متغیر	سطح بندی نمرات		
	ضعیف فراوانی(درصد)	قوی فراوانی(درصد)	جمع فراوانی(درصد)
آگاهی	۲۱(۷/۸)	۲۴۹(۹۲/۲)	۲۷۰(۱۰۰)
حساسیت درک شده	۱۶۴(۶۰/۷)	۱۰۶(۳۹/۳)	۲۷۰(۱۰۰)
شدت درک شده	۱۰۱(۳۷/۴)	۱۶۹(۶۲/۶)	۲۷۰(۱۰۰)
منافع درک شده	۲۰۳(۷۵/۲)	۶۷(۲۴/۸)	۲۷۰(۱۰۰)
موانع درک شده	۲۰۰(۷۴/۱)	۷۰(۲۵/۹)	۲۷۰(۱۰۰)
خود کارآمدی درک شده	۹۱(۳۳/۷)	۱۷۹(۶۶/۳)	۲۷۰(۱۰۰)
راهنماها برای عمل	۱۳۱(۴۸/۵)	۱۳۹(۵۱/۵)	۲۷۰(۱۰۰)

### بحث

یکی از چالش های 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 می تواند به طور اثر بخش منجر به بهبود پیامدهای بارداری و نیز توانمندسازی زنان برای مراقبت از خود و استفاده از منابع حمایتی شود (۳).

این مطالعه از این جهت که از الگوی باور سلامتی به عنوان چارچوبی مفهومی برای ارزیابی وضعیت زنان باردار در زمینه رفتارهای خود مراقبتی استفاده نموده است حائز اهمیت است. باید توجه داشت که این الگو یکی از کاربردی ترین الگوهای است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می کنند تا رفتارهای بهداشتی را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش بینی کنند. این الگو به طور بالقوه در پیش بینی رفتار افرادی که قصد استفاده یا عدم استفاده از اقدامات بهداشتی را دارند، مفید می باشد. همچنین مداخلاتی را پیشنهاد می کند که احتمالاً مشارکت افراد را در رفتارهای محافظت کننده سلامتی افزایش می دهد و می تواند چارچوبی مؤثر به منظور تدوین استراتژی ها و برنامه های آموزش سلامت باشد (۱۷).

در دهه های اخیر برنامه های مداخله ای مبتنی بر این الگو در حل بسیاری از مشکلات سلامت کشورمان موفق بوده و این موفقیت ها باعث شده تا فعالان عرصه سلامت در برنامه های خود به استفاده از این الگو توجه نمایند و در ایجاد یا ارتقای رفتارهای سالم از قبیل رفتارهای پیشگیرانه از ایدز، مراقبت از خود در بیماران تحت عمل

جراحی عروق کرونر، خود آزمایی پستان، پیاده روی و رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، عدم خود درمانی، عدم مصرف سیگار و بسیاری از دیگر از رفتارهای سالم مورد استفاده قرار دهند (۲۳-۱۸).

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه مشخص شد که سطح آگاهی اکثر زنان مورد بررسی در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری و همچنین نمره سازه های شدت درک شده، خود کارآمدی درک شده و راهنماها برای عمل در سطح قوی قرار داشت، در صورتی که نمره سازه های حساسیت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده در اکثر زنان مورد بررسی در سطح ضعیف قرار داشت. این حاکی از آن است که زنان باردار مورد بررسی، خود را نسبت به پیامدهای عدم مراقبت از خود در دوران بارداری چندان حساس و در معرض خطر نمی دانند. در صورتیکه، هنگامی که این زنان درک کنند که نسبت به پیامدهای عدم مراقبت از خود در دوران بارداری آسیب پذیر می باشند و ممکن است در صورت عدم اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی در دوران بارداری، سلامت خود و نوزادشان به مخاطره بیفتد، ممکن است رفتارهای خود مراقبتی را اتخاذ کنند.

با توجه به سطح پایین منافع درک شده در زنان مورد بررسی و نیز نمره پایین کسب شده در زمینه موانع درک شده، این امر نشان می دهد که این رفتارها از نظر آنها چندان مفید نبوده است. بیشترین توزیع نمره سازه های الگوی باور سلامتی در سطح قوی مربوط به سازه خودکارآمدی درک شده بود (۶۶/۳). این امر نشاندهنده ظرفیت درک شده بالای زنان مورد بررسی

برای اجرای موفقیت آمیز رفتارهای خود مراقبتی دوران بارداری می باشد.

می توان چنین نتیجه گیری کرد که در صورت استفاده از نتایج نیاز سنجی مبتنی بر الگوی باور سلامتی برای طراحی و اجرای مداخله آموزشی در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری در زنان مورد بررسی می بایست بیشتر بر روی تغییر نگرش این زنان در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری و خصوصا سازه هایی از قبیل حساسیت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده متمرکز شود و در نتیجه در تهیه محتوای برنامه آموزشی به این سازه ها توجه بیشتری شود و این سازه ها به عنوان نقاط تمرکز مداخلات آتی در نظر گرفته شوند.

در این مطالعه، زنان دارای سطح تحصیلات بالاتر، به طور معنی داری دارای نمره آگاهی بالاتری بودند، به طوریکه با افزایش میزان تحصیلات، سطح آگاهی در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری نیز افزایش می یابد که این نتیجه منطقی و قابل توجیه می باشد. از طرفی، زنان دارای بعد خانوار پایین تر، نمره آگاهی و خودکارآمدی درک شده بالاتری داشتند. می توان اینگونه استنباط کرد که زنان نخست زا و یا دارای یک فرزند در این مطالعه دارای امکانات و یا فرصت بیشتری برای استفاده از منابع اطلاعاتی در دسترس در زمینه نحوه مراقبت از خود در دوران بارداری و توانمندی در این زمینه بودند.

هر چند با بررسی های انجام شده، مطالعه مشخصی که با هدف بررسی وضعیت خود مراقبتی دوران بارداری براساس الگوی باور سلامتی انجام شده باشد یافت نشد، اما نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات انجام شده با هدف بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه اجزای مختلف مراقبت های دوران بارداری تاحد زیادی همخوانی داشت. به طور مثال، در زمینه بررسی سطح آگاهی، در مطالعه Ribiro and Milanez با مشارکت ۱۶۱ زن باردار مراجعه کننده به واحد مراقبت از سلامت برزیل در سال ۲۰۰۹، مشخص شد که بیش از ۶۵ درصد از زنان باردار در زمینه فواید فعالیت بدنی در دوران بارداری آگاهی کافی داشتند (۲۴). در اکثر مطالعات مورد بررسی آگاهی زنان در حوزه های مختلف مراقبت دوران بارداری در حد متوسط قرار داشت. به طور مثال، در

مطالعه قاسم زاده و همکاران با مشارکت ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان ارتش در سال های ۸۵ و ۱۳۸۴ مشخص شد که ۶۲ درصد از زنان از آگاهی متوسط نسبت به دیابت بارداری و نحوه مراقبت در این زمینه برخوردار بودند (۲۵). در مطالعه عابد زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ با مشارکت ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاهی در کاشان نیز مشخص شد ۶۰ درصد از زنان آگاهی متوسط در مورد ورزش در دوران بارداری داشتند (۲۶). مطالعه شمسی و همکاران با هدف بررسی آگاهی ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر اراک در زمینه خود درمانی نیز نشان داد که میزان آگاهی این زنان در زمینه خود درمانی در حد متوسط بود (۲۷). هر چند برخی از مطالعات نشان دادند که میزان آگاهی زنان در برخی از جنبه های مراقبت دوران بارداری در سطح قابل قبولی قرار ندارد از جمله در مطالعه درخشان و همکاران با مشارکت ۷۰ زن باردار مراجعه کننده به پایگاه بهداشتی زرین شهر مشخص شد که ۵۲/۴ درصد از مادران دارای آگاهی ضعیف و بسیار ضعیف در زمینه مسمومیت حاملگی داشتند (۲۸). هرچند در مطالعه حاضر، چنانکه پیشتر بیان شد، نمرات پرسشنامه های آگاهی و سازه های الگوی باور سلامتی با توجه به تعداد سوالات و لزوم پاسخ گویی صحیح به حداقل ۶۰ درصد سوالات برای انجام فعالیت های خودمراقبتی در دوران بارداری طبق نظر متخصصان و صاحب نظران در این زمینه، به طور قراردادی به دو قسمت ضعیف (زیر ۶۰ درصد) و قوی (۶۰ درصد و بالاتر) طبقه بندی شدند.

در زمینه بررسی سطح نگرش زنان باردار نسبت به برخی از اجزای خود مراقبتی دوران بارداری نیز نتایج تاحدودی با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت. به طور مثال در مطالعه انجام شده با مشارکت زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان خانواده ارتش در سال ۸۶، ۷۷ درصد از زنان باردار دارای نگرش مثبت نسبت به دیابت بارداری بودند (۲۵). مطالعه شمسی و همکاران نیز میزان نگرش زنان باردار در زمینه خود درمانی در حد متوسط (و نه در حد عالی) بود (۲۷).

می توان اینگونه استنباط کرد که با توجه به استفاده روز افزون از رسانه های جمعی در زمینه انتشار پیام های



های درمانی در جامعه گردد. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، پیشنهاد می شود در راستای بهبود نگرش های زنان باردار در زمینه انجام رفتارهای خود مراقبتی در دوران بارداری خصوصا از طریق برطرف نمودن موانع موجود برای انجام رفتارهای خود مراقبتی دوران بارداری و نیز افزایش حساسیت درک شده نسبت به پیامدهای عدم مراقبت از خود در این دوران و همچنین بالا بردن سطح نگرش آنان در زمینه فواید انجام چنین رفتارهایی اقدام گردد تا بدین ترتیب، سازه های الگوی باور سلامتی نیز ارتقا یابد.

### تشکر و قدردانی

مجریان طرح از همکاری مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران، همچنین کارکنان واحد آموزش بهداشت و مسئولین محترم واحد بهداشت خانواده شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران و نیز کلیه کارشناسان واحد بهداشت خانواده شرکت کننده در این مطالعه قدردانی می نمایند. این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان "تاثیر برنامه خود مراقبتی دوران بارداری مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر پیامدهای بارداری زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت جنوب تهران در سال ۱۳۸۸" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۸۸ به کد ۸۸-۰۳-۲۷-۹۳۹۷ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

بهداشتی در حوزه های مختلف سلامت از جمله سلامت مادر و کودک و نیز بهبود وضعیت سواد سلامت زنان جامعه، باید برای کاهش پیامدهای نامطلوب در زنان باردار بیشتر بر روی تغییر نگرش های نامطلوب مرتبط با بارداری تمرکز نمود.

### نتیجه گیری

استفاده از الگوهای آموزش و ارتقای سلامت به منظور نیازسنجی آموزشی گروه های هدف مختلف در زمینه ارتقای رفتارهای سلامت می تواند منجر به اثربخشی مداخلات آموزشی گردد. به اعتقاد متخصصان آموزش و ارتقای سلامت، الگوی باور سلامتی یکی از الگوهای روانی اجتماعی است که می تواند از طریق تعیین عوامل مرتبط با عقاید افراد که روی رفتار آنها اثر می گذارد، منجر به انجام رفتار سلامت گردد. اعتقاد ما بر این است که این الگو می تواند در نیازسنجی آموزشی زنان باردار در زمینه خود مراقبتی دوران بارداری کاربرد زیادی داشته باشد. از این الگو می توان نه تنها به عنوان ابزاری برای نیازسنجی و ارزیابی استفاده نمود بلکه می تواند به عنوان چارچوبی مفهومی برای ارتقای کیفیت طراحی برنامه های آموزشی از جمله آموزش خود مراقبتی در دوران بارداری استفاده شود. از آنجایی که انجام چنین نیازسنجی هایی می تواند در مراکز بهداشتی درمانی در حین انجام فعالیت های روتین و با هزینه نسبتا پایینی در مقایسه با فواید آن انجام شود، طراحی و اجرای چنین برنامه هایی، می تواند منجر به ارتقای سلامت مادران و نوزادان و کاهش هزینه

### REFERENCES

1. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med.* 2005 Jan;20(1):45-51.
2. Heaman MI, Newburn-Cook CV, Green CG, Elliott LJ, Helewa ME. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008 May 1;8:15.
3. Wallace DA, Dodd MM, McNeil DA, Churchill AJ, Oelke ND, Arnold SL, Oberle K. A pregnancy wellness guide to enhance care through self-assessment, personal reflection, and self-referral. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009 Mar-Apr;38(2):134-47.
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making Pregnancy Safer. 2004; Geneva A joint statement by WHO, ICM and FIGO.
5. Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, DeFries GH. The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *Am J Public Health.* 2000 Oct;90(10):1608-12. Erratum in: *Am J Public Health* 2001 Jan;91(1):158.

6. World Health Organization, "Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. World Health Organization"; Written and produced for WHO by Peter McIntyre, Oxford, UK. 2006.
7. Kloeblen AS, Batish SS. Understanding the intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model. *Health Educ Res.* 1999 Jun;14(3):327-38.
8. Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes Control.* 2008 May;19(4):339-59.
9. McClenahan C, Shevlin M, Adamson G, Bennett C, O'Neill B. Testicular self-examination: a test of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Health Educ Res.* 2007 Apr;22(2):272-84.
10. Wai CT, Wong ML, Ng S, Cheok A, Tan MH, Chua W, Mak B, Aung MO, Lim SG. Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005 May 15;21(10):1255-62.
11. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 Jun;11(6):529-34.
12. Brevidei MM, Cianciarullo TI. [Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents]. *Rev Saude Publica.* 2001 Apr;35(2):193-201.
13. Taghdisi MH and Nejad Sadeghi E. Evaluation of pregnant women in the field of Urinary Tract Infection according to the components of Health Belief Model. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011;8(4):36-42. (Full Text in Persian)
14. Baghiani moghadam MH, Hadavand Khani M, Mohammadi SM, Fallahzade H, khabiri F. Status of walking behavior in patients with type 2 diabetes in Yazd based on health belief model. *Journal of Health System Research* 2010;6(3):425-35. (Full Text in Persian)
15. Najimi A, Alidousti M, Moazemi Goudarzi A. A survey on preventive behaviors of high school students about Influenza A based on health belief model in Shahrekord, Iran. *Journal of Health System Research* 2010;6(1):14-22. (Full Text in Persian)
16. Mazloomi Mahmoodabad SS, Roohani Tanekaboni N. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM). *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2008;15(3):40-7. (Full Text in Persian)
17. Modeste N.M., Tamayose T.S., *Dictionary of public health promotion and education, terms and concepts*, 2th Ed, John Wiley & Sons, Inc. 2004.
18. Karimi M, Ghofranipour F, Heidarnia AR. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of AIDS on Addict in Zarandieh. *Journal of Guilan University of Medial Sciences.* 2009;18(70):64-73. (Full Text in Persian)
19. Karimi M, Hasani M, Khorram R, Gafari M, Niknami SH. The Effect of Education, Based on Health Belief Model on Breast Self- Examination in Health Liaisons of Zarandieh City. *Tabibe-Shargh* 2009;10(4): 283-91. (Full Text in Persian)
20. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal* 2009; 12(3): 57-66. (Full Text in Persian)
21. Shamsi M, Sharifirad GhR, Kachoyee A, Hassanzadeh A. The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Sugar in Woman by Type 2 Diabetics. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2010;11(5):490-9. (Full Text in Persian)
22. Zigheimat F, Ebadi A, Mottahedian Tabrizi E., Allaf Javadi M, Hamedanizade F. Effect of training according to health belief model (HBM) on health believing, knowledge and behavior of patients under CABG. *Kowsar Medical Journal* (2009);13(4):309-13. (Full Text in Persian)
23. Sharifi-rad GhR, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. Effectiveness of Nutrition Education in Diabetes Type2 Patients: Application of Health Belief Model. *Bimonthly Journal of Diabetes and Metabolic Disorders.* 2008;7(4):379-86. (Full Text in Persian)



24. Ribeiro CP, Milanez H. Knowledge, attitude and practice of women in Campinas, São Paulo, Brazil with respect to physical exercise in pregnancy: a descriptive study. *Reprod Health*. 2011 Nov 3;8:31.
25. Ghasemzadeh S, Dadmanesh M, Safari A, Ebrahimi S. The Study on the knowledge, attitude and function of gestated mother's about gestational diabetes that referred to army khanvadeh hospital from 2005 to 2006. *Annals of Military and Health Sciences Research* 2007;5(3):1325-30. (Full Text in Persian)
26. Abedzadeh M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. Knowledge and performance of pregnant women referring to Shabihkhani hospital towards exercises during pregnancy and postpartum periods. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011;8(4):43-8. (Full Text in Persian)
27. Shamsi M and Bayati A. The Effect of Education on Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Woman Referring to Health Centers about Self-Medication in Arak City. *Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal* 2009;15(4):27-35. (Full Text in Persian)
28. Derakhshan E, Shadzi SH, Derakhshan F, Behjatian Z. Effects of targeted education on knowledge and attitude of pregnant women regarding eclampsia. *Journal of Health System Research* 2010;6(3):443-49. (Full Text in Persian)

## Original Article

**Measurement of the Constructs of Health Belief Model related to Self-care during Pregnancy in Women Referred to South Tehran Health Network**Yalda Soleiman Ekhtiari<sup>1</sup>, Fereshteh Majlessi<sup>2\*</sup>, Abbas Rahimi Foroushani<sup>3</sup>

1. PhD in Health Education, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. MD, MPH, MCH, Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. PhD in Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\***Corresponding Author:** Fereshteh Majlessi; Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Keshavarz Blvd, Tehran, Iran.

Email: [dr\\_f\\_majlessi@yahoo.com](mailto:dr_f_majlessi@yahoo.com)

How to cite this article:

Soleiman Ekhtiari Y, Majlessi F, Rahimi Foroushani A. Measurement of the Constructs of Health Belief Model Related to Self-care during Pregnancy in Women Referred to South Tehran Health Network. Community Health 2015; 1(2): 89-98.

**Abstract**

**Background and Objective:** Self-care activities during pregnancy can be effective in reducing adverse pregnancy outcomes. Health Belief Model (HBM) is one of the most applicable models in educational need assessment for planning and implementation of educational interventions. The purpose of this study was to measurement of the constructs of HBM related to self-care during pregnancy in women referred to South Tehran health network.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study 270 pregnant women who referred to health centers of South Tehran Health Networks participated. Demographic, knowledge and attitude questionnaires based on constructs of HBM was used to measure the status of knowledge and attitude of women. Data were analyzed using statistical software SPSS18.

**Results:** Results showed that 92.2% of women had the knowledge scores in good level. The scores of perceived severity, perceived self-efficacy and cues to action were in good level in almost of women but almost of women obtained weak point in perceived susceptibility, perceived benefits and barriers

**Conclusion:** HBM can be used as an appropriate tool for assessment the status of pregnant women in the field of self-care behaviors during pregnancy and planning and implementation of educational interventions.

**Keywords:** Health Belief Model, Self-care, Pregnancy, Health education