

پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی در زنان باردار بر پایه آمیزه الگوی باور بهداشتی و پشتیبانی اجتماعی

دکتر حسین ایزدی‌راد^۱(PhD condidate) - *دکتر شمس‌الدین نیکنامی^۲(PhD) - دکتر ابرج ضاربان^۳(PhD) - دکتر علیرضا حیدرنیا^۴(PhD)

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

پست الکترونیک: niknamis@modares.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۱۶ تاریخ ارسال: ۹۶/۰۲/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۳/۳۱

چکیده

مقدمه: پیامدهای ناپسند بارداری مانند سقط جنین، مرده‌زایی، تولد زودرس، ... به سبب ناتوانی در خودمراقبتی دوران بارداری است. عوامل فردی و اجتماعی گوناگون بر خودمراقبتی زنان باردار تأثیر گذار است.

هدف: بکارگیری روش واکاوی مسیر برای تعیین پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی دوران بارداری بر اساس آمیزه الگو باور بهداشتی و پشتیبانی اجتماعی.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۲۱۵ زن باردار منطقه بلوچستان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای در برگرفته متغیرهای الگو باور بهداشتی و سازه پشتیبانی اجتماعی از تئوری شناختی اجتماعی بندورا بود. واکاوی داده‌ها با آمار توصیفی، همبستگی و رگرسیون خطی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

نتایج: خودکارآمدی، شدت و حساسیت درک شده به طور مستقیم بر خودمراقبتی موثر است. متغیر پشتیبانی اجتماعی از راه تأثیر بر خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده به صورت غیر مستقیم بر خودمراقبتی تأثیر گذار بوده و با اثر کلی ۶/۶٪ به عنوان نیرومندترین پیش‌بینی کننده خودمراقبتی شناخته شد. در این پژوهش بین حساسیت ($r=0/098$)، شدت ($r=0/726$)، سود ($r=0/348$)، خودکارآمدی ($r=0/824$) و پشتیبانی اجتماعی ($r=0/745$) با خودمراقبتی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$). بین بازدارنده‌های درک شده با خودمراقبتی ارتباط وارونه دیده شد ($r=-0/685$ و $p<0/05$).

نتیجه‌گیری: الگو آمیزه‌ای با پافشاری بر پشتیبانی اجتماعی و خودکارآمدی می‌تواند به عنوان چارچوبی در نمودارسازی یا درمیانی آموزشی در راستای پیشرفت خودمراقبتی بکار برده شود.

کلید واژه‌ها: حمایت اجتماعی/ زنان باردار/ مراقبت از خود

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۳، صفحات: ۶۲-۵۳

مقدمه

تفاوت چشمگیر در مرگ و میر و شیوع عوارض مرگبار جوامع به دلیل خودمراقبتی ناتوان دوران بارداری است (۵۴). در بررسی علل مرگ و میر شیرخواران در آرژانتین، بیشترین علت مرگ، کم وزنی هنگام تولد و بیشترین عامل خطر، نبودن خودمراقبتی کافی مادران باردار بود (۵). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در فناوری پزشکی ایالات متحده آمریکا، سالانه حدود ۳۰ هزار کودک به علت خودمراقبتی ضعیف دوران بارداری می‌میرند (۶). برای اثر بخشی بیشتر خودمراقبتی دوران بارداری، زنان باردار نیاز به داده‌ها، مهارت و پشتیبانی اجتماعی دارند (۷). میانگین خودمراقبتی دوران بارداری در زنان باردار منطقه بلوچستان ایران ۴۴٪ و میزان

مراقبت‌های دوران بارداری از راه شناسایی و کاهش خطرات نهفته دوران بارداری و بازسازی عوامل رفتاری، می‌تواند گمانه بروز مرگ و میر و مشکلات ناشی از بارداری و زایمان را کاهش دهد (۱). مراقبت ناکافی دوران بارداری، می‌تواند به پیامدهای نامطلوبی مانند سقط جنین، مرده‌زایی، تولد زودرس، تولد نوزاد کم وزن و بسیاری از مشکلات دیگر بیانجامد، به طوری که خطر نسبی مرگ جنین، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد را به ترتیب ۳/۳، ۲ و ۳ بار افزایش می‌دهد (۲،۳). سالیانه کمابیش ۶۰۰ هزار زن در جهان به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۹۹٪ آنها مربوط به کشورهای در حال توسعه است. این

۱. دانشجوی دکتری گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران ۵۳

پیچیده و زیر تاثیر عوامل مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی یا زیست محیطی بوده که خارج از دستمایه‌های شخص و دلخواه الگوی باور بهداشتی، مدنظر قرار نگرفته است باید به نوعی این موارد نیز مورد توجه قرار گیرند (۱۵-۱۳).

این الگو، متغیرهای فردی موثر بر رفتار را مدنظر قرار می‌دهد و از طرفی تنها این مسایل به رفتار نمی‌انجامد (۱۶ و ۱۷). برنامه‌های کاهش رفتار پیشگیرانه در صورتی موفق است که نرمش‌پذیر و متناسب با ویژگی‌های افراد باشد. تئوری شناختی اجتماعی از تئوری‌هایی است که عوامل شناختی، محیطی و رفتاری را به صورت ارتباط دوسویه در نظر دارد (۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد پشتیبانی اجتماعی آثار مثبتی بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های خودمراقبتی دارد. پشتیبانی اجتماعی به امکاناتی گفته می‌شود که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند (۱۹). همچنین، پشتیبانی اجتماعی به عنوان عاملی روانشناسی- اجتماعی است که به عنوان تسهیل‌کننده رفتار بهداشتی شناخت می‌شود (۲۰). نبودن پشتیبانی اجتماعی به عنوان عامل خطر مهم سلامت مادر در دوران بارداری بوده و اثرهای ویرانگری بر پیامد بارداری دارد (۲۱، ۲۲).

به همین دلیل در این مطالعه، برای توانبخشی الگوی باور بهداشتی و درنگ آوردن تاثیر عوامل اجتماعی در خودمراقبتی دوران بارداری زنان باردار، سازه پشتیبانی اجتماعی (سازه محیط) از تئوری شناختی اجتماعی بندورا با الگوی باور بهداشتی آمیخته شد. امروزه واکاوی مسیر که روش آماری تیزنگری است در تعیین الگوی تبیین‌کننده متغیرها استفاده می‌شود بویژه هنگامی که پیشنهاد الگویی بهینه در طراحی مداخلات دلخواه باشد (۲۳). بنابراین، مطالعه ما با هدف بکارگیری تحلیل مسیر برپایه رگرسیون در تعیین الگوی عوامل مرتبط با خودمراقبتی دوران بارداری با استفاده از آمیزه الگوی باور بهداشتی و سازه پشتیبانی اجتماعی و نیز با استفاده از داده‌های مطالعه یاد شده در زنان باردار منطقه بلوچستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی از فروردین تا اردیبهشت سال ۱۳۹۵ انجام شد. حجم

مرگ مادران باردار نزدیک سه برابر میزان کشوری است (۸). خودمراقبتی دوران بارداری عبارت است از اصول و برنامه‌های مراقبتی به طوری که شرایطی فراهم شود که به حفظ سلامت مادر و جنین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بیانجامد (۹). در حوزه آموزش سلامت با استفاده از الگوهای آموزشی که برای تبیین عوامل مرتبط با رفتار طراحی شده‌اند و بررسی میزان تاثیر این متغیرها در رفتار پیشگیرانه، می‌توان راهبردهای مناسبی برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در زنان باردار پیدا کرد. در این زمینه، الگوی باور بهداشتی [Health Belief Model (HBM)] یکی از پر کاربردترین چارچوب‌های تئوری مورد استفاده در زمینه تغییر رفتار است که می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای پادرمیانی آموزش سلامت بکار رود. الگوی باور بهداشتی توسعه یافته الگوی فردی مطالعه رفتار بهداشتی است که در سرآغاز سال ۱۹۵۰ توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی آمریکا نمودارسازی شد. در سال ۱۹۶۶ این الگو توسط روزن استاک به طور رسمی ارایه و در سال ۱۹۷۴ توسط بیکر و در سال ۱۹۷۵ توسط مای من کامل‌تر شد. سپس، در سال ۱۹۸۸ سازه خودکارآمدی برگرفته از نظریه شناختی اجتماعی بندورا توسط روزن استاک و همکاران برای کمک به تناسب الگو با رفتارهای غیربهداشتی عادی افزوده شد (۱۰). برپایه این الگو، رفتار به پیامدهای مورد انتظار از یک عمل بستگی دارد. این الگو ۶ سازه دارد: حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنما برای عمل (۱۱). با توجه به سازه‌های این الگو اگر زنان باردار خود را نسبت به پیامدهای نامطلوب بارداری آسیب‌پذیر و حساس بدانند و بر این باور باشند که فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند در کاهش این پیامدهای نامطلوب سودمند و بر این باور باشند که منافع این فعالیت‌ها بیش از هزینه یا موانع انجام آنهاست و همچنین، به توانایی خویش بر خودمراقبتی دوران بارداری باور داشته باشند، چه بسا این رفتارها را در پیش گیرند. در برخی مطالعات، توان پیش‌بینی الگو باور بهداشتی در رفتار پیشگیری‌کننده را بسیار اندک و ناکارا می‌دانند (۱۲). همچنین، در برخی از مطالعات با الگوی باور بهداشتی در مورد تغذیه دوران بارداری و فعالیت فیزیکی زنان باردار نشان داده شده که این رفتارها

اصلاحی ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و مادر و کودک در پرسشنامه وزاینده شد. نسبت روایی محتوایی (CVR) پرسش بین ۰/۸ تا ۱ بدست آمد. تمامی سوالات در سه حیطه روشن، مرتبط و ساده بودن (شاخص روایی محتوایی (CVI) نمره‌ای بین ۰/۸۸ تا ۱ کسب کردند. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفا، ۰/۸۱ بدست آمد. پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و توسط آنان تکمیل شد.

مراحل تحلیل مسیر مبتنی بر تحلیل رگرسیون در چند گام و در مرحله نخست با نهادن خودمراقبتی به عنوان متغیر وابسته و در مراحل پسین قرار گرفتن متغیرهای پیش‌بینی خودمراقبتی به عنوان متغیرهای وابسته و در برنامه SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. میزان بتای استاندارد بدست آمده در تحلیل رگرسیون به عنوان ضریب مسیر در نظر گرفته شد که برآوردی از میزان اثر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. برای تعیین اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، بتاهای مسیرهای غیرمستقیم در هم ضرب شد. اثر کلی متغیر مستقل بر متغیر وابسته از حاصل جمع مضروب مسیرهای غیرمستقیم و مسیر مستقیم بدست آمد.

نتایج

میانگین سنی زنان باردار $22 \pm 4/79$ ساله بود، ۲۰٪ آنان تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۹۴٪، خانه‌دار بودند. از لحاظ میزان درآمد خانوار، ۳۲/۱٪ درآمدشان ضعیف و ۷۹/۱٪ بیمه بودند.

نتایج تحلیل رگرسیون برای تعیین ضریب بتای متغیرهای پیشگویی‌کننده در جدول شماره ۱ آمده است. براساس نتایج، خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده، ۷۷٪ تغییر خودمراقبتی دوران بارداری را پیشگویی کردند. همچنین، منافع، موانع، راهنمای عمل و پشتیبانی اجتماعی حدود ۷۵٪ تغییرات خودکارآمدی را فرا نمودند.

نمونه با در نظر گرفتن نسبت افراد با انجام خودمراقبتی مناسب ۱۵٪ (در مطالعه پایلوت) سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و دقت ۵٪، ۱۹۵ نفر محاسبه شد که با به شمار آوردن ۱۰٪ ریزش گمانه‌ای، تعداد نهایی نمونه مورد نیاز ۲۱۵ نفر برآورد شد. جامعه مورد مطالعه زنان باردار زیر پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر (منطقه بلوچستان) بود. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای و به این صورت بود که از ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۵ مرکز بهداشتی شهری، به صورت تصادفی ساده، انتخاب شد، سپس، از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری ۴۳ زن باردار از فهرست زنان باردار مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. روی هم رفته از ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲۱۵ نمونه انتخاب شد. (تعداد کل زنان باردار دارای شرایط زیر پوشش ۵ مرکز بهداشتی، ۲۶۰ نفر بود). شرایط ورود به مطالعه بارداری اول (شکم اول)، داشتن پرونده بارداری در مراکز بهداشتی درمانی، سواد خواندن و نوشتن، گرایش به شرکت در برنامه و تشخیص بارداری در ۳ ماه اول بارداری بود. پیش از ورود افراد به مطالعه، هدف و شیوه اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان فرامود شد و در صورت تمایل و گرفتن رضایت‌نامه کتبی، افراد وارد مطالعه می‌شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته دربرگیرنده اطلاعات دموگرافی، سازه‌های الگو باور بهداشتی، پشتیبانی اجتماعی و خودمراقبتی دوران بارداری بود. این پرسشنامه مشتمل بر حساسیت درک شده ۸ سوال، شدت (۸ سوال)، منافع (۷ سوال) و موانع درک شده (۹ سوال)، راهنمای کار (۳ سوال)، خودکارآمدی (۷ سوال)، پشتیبانی اجتماعی (۸ سوال) و خودمراقبتی (۱۱ سوال) بود که برپایه مقیاس لیکرت با گستره سه تایی (با توجه به میزان سواد و درک نمونه‌ها از گزینه‌ها)، سنجش شد. برای آمیزه سازه پشتیبانی اجتماعی با الگو باور بهداشتی، ۸ پرسش پشتیبانی اجتماعی (شامل پشتیبانی عاطفی، اطلاعاتی و مالی) از جانب همسر و کارکنان بهداشتی در پرسشنامه گنجانده شد. برای سنجش اعتبار محتوایی پرسشنامه از روش پانل خبرگان استفاده شد و دیدگاه

جدول شماره ۱. شاخص‌های تحلیل رگرسیون خطی براساس متغیرهای الگو باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی

| متغیرهای پیش بینی کننده | B | R ² | P |
|-------------------------|-------|----------------|-------|
| خودکارآمدی | ۰/۳۸۹ | *۰/۷۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| حساسیت درک شده | ۰/۲۰۵ | - | ۰/۰۰۱ |
| شدت درک شده | ۰/۲۴۴ | - | ۰/۰۰۳ |
| منافع درک شده | ۰/۱۴۷ | **۰/۷۴۹ | ۰/۰۱۶ |
| موانع درک شده | ۰/۲۲۳ | - | ۰/۰۰۶ |
| پشتیبانی اجتماعی | ۰/۴۴۲ | - | ۰/۰۰۱ |
| راهنمای عمل | ۰/۱۵۱ | - | ۰/۰۰۸ |
| شدت درک شده | ۰/۲۲۸ | ***۰/۵۱۶ | ۰/۰۰۴ |
| پشتیبانی اجتماعی | ۰/۴۸۰ | - | ۰/۰۰۱ |
| پشتیبانی اجتماعی | ۰/۶۶۷ | ****۰/۵۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| پشتیبانی اجتماعی | ۰/۳۳۷ | ****۰/۲۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| پشتیبانی اجتماعی | ۰/۳۲۴ | *****۰/۱۰۵ | ۰/۰۰۲ |

*متغیر وابسته: رفتارهای مراقبتی دوران بارداری، **متغیر وابسته: خودکارآمدی، ***متغیر وابسته: موانع درک شده، ****متغیر وابسته: شدت درک شده، *****متغیر وابسته: حساسیت درک شده، ****متغیر وابسته: حساسیت درک شده، ****متغیر وابسته: موانع درک شده

همبستگی معنی‌دار دیده شد. نتایج همبستگی بین ابعاد الگو آمیزه شده و همچنین با خودمراقبتی در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش وضعیت همبستگی بین سازه‌های الگو باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی و خودمراقبتی دوران بارداری در زنان باردار بررسی شد. به جز سازه راهنمای عمل، بین سازه‌های الگو آمیزه شده با خودمراقبتی،

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی سازه‌های الگو باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی

| نام متغیر | حساسیت درک شده | شدت درک شده | منافع درک شده | موانع درک شده | خودکارآمدی درک شده | پشتیبانی اجتماعی | راهنمای عمل |
|--------------------|----------------|-------------|---------------|---------------|--------------------|------------------|-------------|
| حساسیت درک شده | ۱ | | | | | | |
| شدت درک شده | **۰/۴۱۱ | ۱ | | | | | |
| منافع درک شده | **۰/۳۱۰ | *۰/۲۵۳ | ۱ | | | | |
| موانع درک شده | **۰/۴۲۶ | *۰/۶۱۵ | ۰/۱۶ | ۱ | | | |
| خودکارآمدی درک شده | **۰/۵۱۴ | *۰/۶۸۰ | *۰/۴۰۴ | *۰/۶۸۴ | ۱ | | |
| پشتیبانی اجتماعی | **۰/۴۳۸ | *۰/۷۲۷ | *۰/۳۲۴ | *۰/۶۸۰ | *۰/۸۰۱ | ۱ | |
| راهنمای عمل | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۷۰ | -۰/۰۲۰ | ۰/۰۳۱ | -۰/۱۳۷ | -۰/۰۰۳ | ۱ |
| خودمراقبتی | **۰/۵۹۸ | *۰/۷۲۶ | *۰/۳۴۸ | *-۰/۶۸۵ | *۰/۸۲۴ | *۰/۷۴۵ | -۰/۰۹۵ |

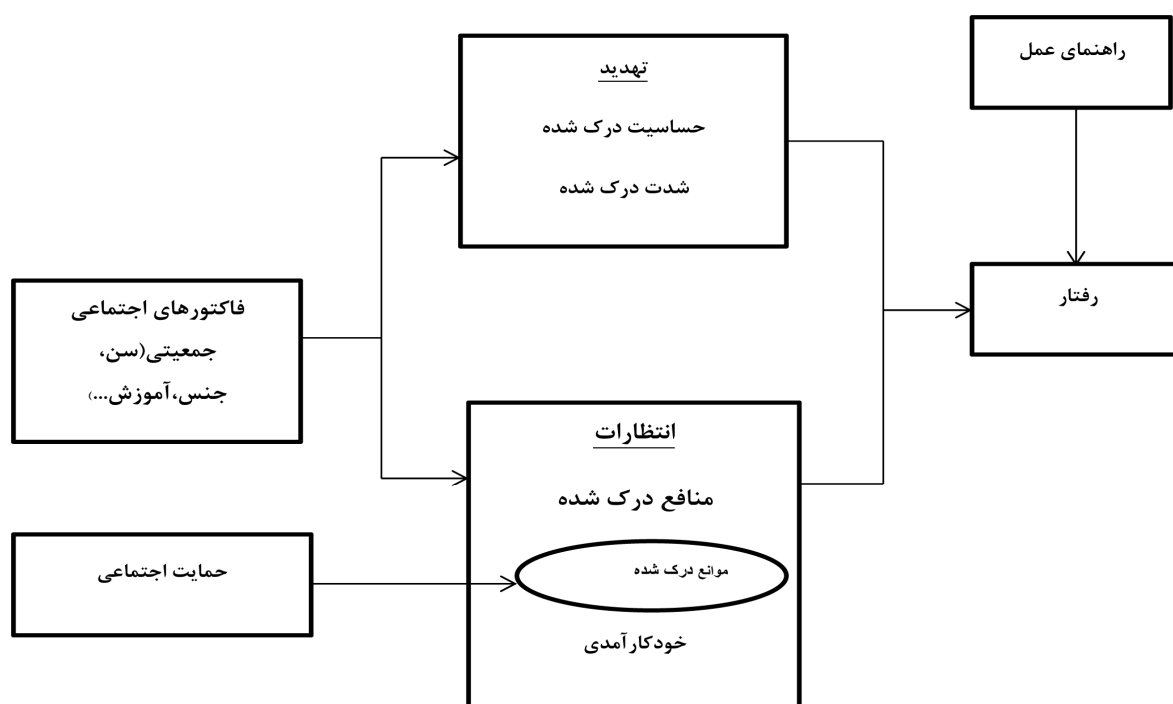
*معنی‌دار در سطح ۰/۰۵، **معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

اثر پشتیبانی اجتماعی از دیگر عوامل نیرومندتر است و منافع درک شده کمترین اثر را بر خودمراقبتی دوران بارداری داشت.

جدول شماره ۳ اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی متغیرهای پیشگویی کننده خودمراقبتی را نشان می‌دهد. همانگونه که دیده می‌شود از متغیرهای موثر بر خودمراقبتی دوران بارداری

جدول شماره ۳. شاخص‌های تحلیل رگرسیون متغیرهای الگو باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی

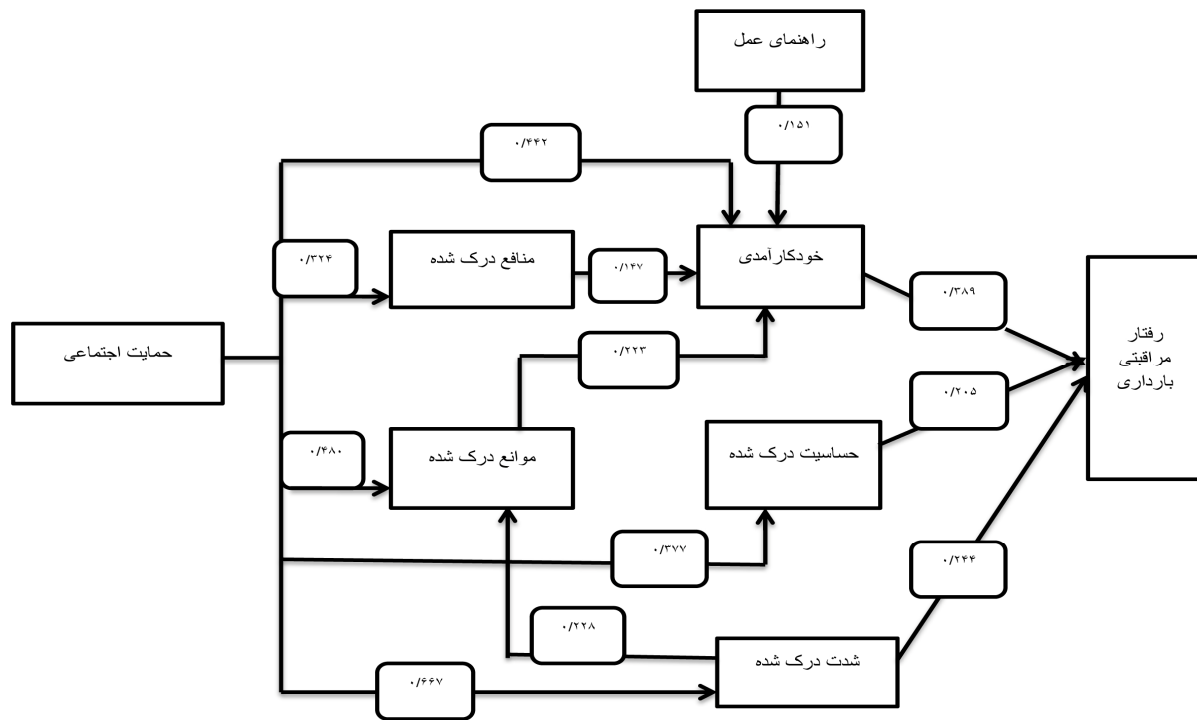
| متغیرهای مستقل | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کلی | متغیر وابسته |
|------------------|------------|---|---------|------------------|
| خودکارآمدی | ۰/۳۸۹ | - | ۰/۳۸۹ | رفتارهای مراقبتی |
| حساسیت درک شده | ۰/۲۰۵ | - | ۰/۲۰۵ | |
| شدت درک شده | ۰/۲۴۴ | ۰/۳۸۹×۰/۲۲۳×۰/۲۲۸ | ۰/۲۶۳ | |
| منافع درک شده | - | ۰/۳۸۹×۰/۱۴۷ | ۰/۰۵۷ | |
| موانع درک شده | - | ۰/۳۸۹×۰/۲۲۳ | ۰/۰۸۶ | |
| پشتیبانی اجتماعی | - | (۰/۳۸۹×۰/۱۴۷×۰/۲۲۴)+(۰/۳۸۹×۰/۴۴۲)+(۰/۲۰۵×۰/۳۷۷)+(۰/۲۴۴×۰/۶۶۷)+(۰/۳۸۹×۰/۲۲۳×۰/۴۸۰) | ۰/۴۶۶ | |
| راهنمای عمل | - | ۰/۳۸۹×۰/۱۵۱ | ۰/۰۵۸ | |



شماي ۱. اجزای الگو آمیزه‌ای پیشنهادی

بر موانع درک شده و خودکارآمدی نیز بر خودمراقبتی موثر است. منافع و راهنمای عمل با تاثیر بر خودکارآمدی به طور غیرمستقیم بر خودمراقبتی موثر هستند. پشتیبانی اجتماعی درک شده بطور غیرمستقیم از طریق تاثیرگذاری بر تمامی سازه‌های الگو باور بهداشتی (بجز راهنمای عمل)، بر خودمراقبتی زنان باردار موثر می‌باشد.

شماي الگوی باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی برگرفته از تئوری شناختی اجتماعی بندورا متناسب با جمعیت مورد مطالعه، حاصله از تحلیل مسیر مبتنی بر رگرسیون، در شکل ۲ نشان داده شده است. خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده به طور مستقیم بر خودمراقبتی دوران بارداری موثر بود که از این میان تاثیر خودکارآمدی بر خودمراقبتی قوی‌تر است اما شدت درک شده از طریق تاثیر



شما ۲. الگوی تعیین کننده‌های خود مراقبتی دوران بارداری در مادران باردار براساس نتایج تحلیل مسیر سازه‌های الگو باور بهداشتی آمیزه شده با سازه پشتیبانی اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

تشخیص عوامل موثر بر خودمراقبتی زنان باردار براساس نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بایسته است. هدف الگوها کمک به تشخیص و درک عوامل موثر در رفتار و تعیین شیوه کارکرد این عوامل است. همچنین، الگوها پیشنهادهایی می‌دهند که چگونه در شرایط گوناگون بتوان بر عناصر رفتار موثر بود (۲۴). نتایج تحلیل مسیر در خصوص اثر مستقیم متغیرهای مستقل بر خودمراقبتی دوران بارداری نشان داد که متغیر خودکارآمدی با اثر ۰/۳۸۹ و در ستون مربوط به اثر غیرمستقیم، پشتیبانی اجتماعی با اثر ۰/۴۶۶، قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی کننده خودمراقبتی است و در پایان ستون مربوط به اثرات کلی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، نشان‌دهنده آن است که پشتیبانی اجتماعی به رغم نداشتن تاثیر مستقیم بالاترین اثر کل را بر خودمراقبتی دوران بارداری داشته‌است (۰/۴۶۶). پس از آن متغیرهای خودکارآمدی (۰/۳۸۹)، شدت درک شده (۰/۲۶۳)، حساسیت درک شده (۰/۲۰۵)، موانع درک شده (۰/۰۸۶)، راهنمای عمل (۰/۰۵۸) و منافع درک شده (۰/۰۵۷) به ترتیب بالاترین اثر کل بر

خودمراقبتی دوران بارداری را داشتند. در مطالعه شمسی و همکاران (۲۵) خودکارآمدی مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده مراقبت بهداشت دهان و دندان در مادران باردار با اثر مستقیم (۰/۳۵۸) بود و حساسیت و موانع درک شده افزون بر اثر مستقیم، به طور غیرمستقیم نیز بر رفتار موثر بود. در مقایسه با مطالعه شمسی که الگوی باور بهداشتی توان تبیین ۴۸/۶٪ رفتار را داشت و مطالعه ما توانست ۰/۷۷ خود مراقبتی را تبیین کند. در مطالعه‌های پاکپور و مظلومی نیز الگو باور بهداشتی به ترتیب ۱۶٪ و ۲۹٪ واریانس رفتار بهداشتی را پیش‌بینی کردند (۲۷ و ۲۶).

در مطالعه ما، بالا بودن توان تبیین می‌تواند به دلیل درنگر آوردن تاثیر پشتیبانی اجتماعی (عاطفی، اطلاعاتی و اقتصادی) در خودمراقبتی زنان باردار باشد. زیرا باور این است که رفتارهایی مانند فعالیت فیزیکی، تغذیه و رعایت بهداشت دهان و دندان توسط گستره وسیعی از متغیرهای اجتماعی، روانی و اقتصادی تعیین می‌شود. منطقی است در مداخله برای بهبود این‌گونه رفتارها در افراد به این عوامل پرداخته شود (۱۵).

شده با منافع، موانع و راهنمای عمل و همچنین بین متغیر منافع درک شده با رفتار تغذیه زنان باردار، همبستگی معنی‌دار بدست آمد (۳۵). در مطالعه مظلومی (۲۶) و Kuhner بین حساسیت درک شده و رفتار بهداشتی ارتباطی دیده نشد (۳۶). در پژوهش شمسی، حساسیت با رفتار رابطه معنی‌دار داشت (۲۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از درک جدیت موقعیت بهداشتی توسط زنان باردار باشد که می‌تواند سبب بالا بردن حساسیت درک شده در زنان باردار شود. درک افراد و ارزیابی آنها از خطر، به راستی محور کاربرد الگو باور بهداشتی است. باید شدت درک شده به عنوان شکل‌دهنده رفتاری که در آن ناتوانی وجود دارد، توسط پرسنل بهداشتی افزایش یابد. در این پژوهش همچون سایر مطالعه‌های مشابه که از الگوی باور بهداشتی استفاده کردند، منافع درک شده با کارکردهای پیشگیری ارتباط مثبت نشان داد (۳۷-۳۹). مشابه مطالعه صلحی و همکاران (۳۷)، در مطالعه ما نیز موانع درک شده با خودمراقبتی ارتباط منفی نشان داد. در مطالعه Kuhner این ارتباط وجود نداشت (۳۶). وقتی افراد در ادراک خطر بهداشتی ضعف داشته باشند، موانع درک شده به دنبال آن افزایش می‌یابد. به وارون مطالعه Khoramabadi (۳۵) در مطالعه ما بین راهنمای عمل و خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری دیده نشد. که می‌تواند به دلیل بالا بودن حساسیت و شدت درک شده در زنان باردار باشد که سبب شده نقش راهنماهای عمل، کم رنگ شود. در واقع در مطالعه ما، به علت ارتباط مثبت بین سازه‌های الگو آمیزه‌ی، هر اندازه آسیب‌پذیری و پیامدهای ناشی از عوارض بارداری ناسالم شدیدتر باشد، چه بسا منافع درک شده ناشی از اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه بالاتر خواهد بود. از سوی دیگر هر اندازه منافع درک شده و پشتیبانی اجتماعی بیشتر باشد، موانع درک شده کمتر خود را نشان می‌دهد و در پایان فرد خودکارآمدی درک شده بالاتری خواهد داشت.

به نظر می‌رسد همانگونه که الگوی ارائه شده براساس تحلیل مسیر نشان داد خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده به صورت مستقیم بر خودمراقبتی تاثیرگذار است. شدت درک شده افزون بر تاثیر مستقیم به طور غیرمستقیم با تاثیر بر موانع درک شده و خودکارآمدی نیز بر خودمراقبتی دوران بارداری

نقش مهم خانواده و دوستان و فراهم آوردن اطلاعات و ابزار مناسب به عنوان عوامل پشتیبانی کننده اثرات مثبتی بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های خودمراقبتی افراد دارد. Ievers-Landis در مطالعه‌ای بر ۴۵۴ دختر ۱۱-۸ ساله، نشان داد پشتیبانی خانواده و دوستان پیشگویی کننده فعالیت فیزیکی است (۲۸). در بسیاری از مطالعات دیگر در زمینه خودمراقبتی نیز نقش پشتیبانی مثبت نشان داده شده است (۲۹ و ۳۰).

در این پژوهش پشتیبانی اجتماعی، خودکارآمدی، شدت و حساسیت درک شده مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده خودمراقبتی دوران بارداری در مادران باردار بودند. از این رو متخصصان بهداشت باید افزون بر ایجاد حساسیت و شدت درک شده در زنان باردار، اعتماد به توانایی خود در خودمراقبتی را توان بخشند. همچنین، لازم است پشتیبانی اجتماعی در مداخلات مربوط به ارتقای خودمراقبتی دوران بارداری مدنظر کارکنان بهداشتی درمانی قرار گیرد زیرا پشتیبانی اجتماعی اطرافیان و بویژه همسر به همراه کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، تعیین‌کننده کیفیت بارداری، نوع زایمان و سلامت جنین است (۳۱). به نظر می‌رسد برای تاثیر بیشتر مداخلات بر ارتقای خودمراقبتی دوران بارداری، پشتیبانی اجتماعی درک شده به عنوان یک جزء موثر که به صورت غیرمستقیم می‌تواند بر خودمراقبتی دوران بارداری اثر بگذارد، در کنار سایر عوامل (حساسیت، شدت، منافع، موانع و...) در نگریسته شود. چنانکه در مطالعه‌ای، افزایش پشتیبانی اجتماعی سبب افزایش خودمراقبتی دوران بارداری شده بود (۳۲). در مطالعه Elsenbruch نشان داده شد، نداشتن پشتیبانی اجتماعی در دوران بارداری می‌تواند آثار زیان‌باری بر نتایج بارداری داشته باشد (۲۲). همچنین، پشتیبانی اجتماعی سبب افزایش خودکارآمدی می‌شود (۳۳ و ۳۴).

در مطالعه ما به جز سازه راهنمای عمل، سایر متغیرها با خودمراقبتی ارتباط معنی‌دار داشتند، همچنین، بین سازه‌های الگو آمیزه‌ای با یکدیگر نیز همبستگی معنی‌دار دیده شد (بین منافع و موانع درک شده و بین تمامی سازه‌ها با راهنمای عمل ارتباطی بدست نیامد). در مطالعه Khoramabadi بین حساسیت درک شده و شدت درک شده، بین شدت درک

خودمراقبتی دوران بارداری را بیش از پیش بهبود خواهد بخشید. از این رو می‌توان گفت که الگو آمیزه‌ای (الگوی باور بهداشتی با سازه پشتیبانی اجتماعی) می‌تواند به عنوان چارچوب مرجع در مداخلات آموزشی برای آموزش خودمراقبتی در مادران باردار به کار برده شود.

از محدودیت‌های پژوهش ما تاثیر 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 گزارش‌دهی نیز از محدودیت‌های دیگر بود، که به طبع می‌توانست بر کیفیت داده‌ها تاثیر بگذارد.

سپاسگزاری و سپاسداری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای حسین ایزدی‌راد، دانشجوی رشته تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت برنهاد شورای پژوهشی و نشست کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس (۵۲۵/۲۲۴۵) بود. از همه اعضای محترم شورای پژوهشی و کمیته اخلاق و مادران باردار شرکت کننده در این مطالعه، سپاسداری می‌کنیم. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

موثر است. منافع درک شده و راهنمای عمل به صورت غیرمستقیم و با تاثیر بر خودکارآمدی، بر خودمراقبتی دوران بارداری تاثیرگذار است. بنابراین، با تغییر راهنمای عمل و منافع درک شده افراد، شاید بتوان تغییری ناچیز در مقایسه با تاثیر سایر متغیرها بر خودمراقبتی افراد داشت. پشتیبانی اجتماعی بصورت غیرمستقیم و از راه تاثیر بر متغیرهای خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده و در پایان بر خودمراقبتی دوران بارداری تاثیرگذار است. به عبارتی ارتقای خودمراقبتی دوران بارداری از راه افزایش خودکارآمدی، حساسیت، شدت درک شده و تقویت پشتیبانی اجتماعی امکان‌پذیر است. بنابراین، برای ارتقای خودمراقبتی دوران بارداری افزون بر تقویت خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده که به صورت مستقیم بر خودمراقبتی تاثیرگذار است، باید پشتیبانی اجتماعی را بهبود بخشید زیرا این عامل با تاثیر بر سازه‌های خودکارآمدی، شدت و حساسیت درک شده، سبب تقویت آنها می‌شود و متغیرهای خودکارآمدی، حساسیت و شدت درک شده در مطالعه ما، به صورت مستقیم بر خودمراقبتی اثرگذار بودند. همچنین، چون راهنمای عمل، موانع و منافع درک شده بر خودکارآمدی تاثیر مستقیم دارد، آموزش افراد در زمینه منافع خودمراقبتی دوران بارداری، کاهش موانع خودمراقبتی و ایجاد راهنماهای مناسب،

منابع

1. 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.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom L, Hauth JC, Rouse DJ, Spong C. 23rd ed. New York, USA: McGraw-Hill Companies; Williams Obstetrics. 2010.
3. Maternal and Child Health Bureau. Health start: begin before is born. Available from: <http://www.mchb.hrsa.gov/programs/women/infa nts/prenatal.htm>. Accessed at: February 24, 2016.
4. Shamshiri Milani H, Khazaie F, Rassouli M, Ramezankhani A. Explanation of women's and family health care personnel's perception of the barriers of pre-pregnancy care coverage: a qualitative study. *J Health in the Field*. 2016; 1(3): 18-27.
5. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Switzerland: World Health Organization; 2010. P. 61-83.
6. Jewell N, Russell K. Increasing access to prenatal care: an evaluation of minority health coalition's early pregnancy projects. *Commun Health Nurs*. 2000; 17(3): 93-105.
7. Teat A, Leap N, Rising S. S, Homer C. S. Women's experiences of group antenatal care in Australia-the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery*. 2011; 27(2): 138-45.
8. Zhianian A, Zareban I, Ansari-Moghaddam A, Rahimi S. Improving Self-care Behaviors in Pregnant Women in Zahedan: Applying Self-efficacy Theory. *Caspian Journal of Health Research* 2015; 1 (1): 18-26.
9. McIntyre P. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva : World Health Organization, Oxford, UK. 2006.
10. Vahedian-Shahroodi M, Lael-monfared E, Esmaily H, Tehrani H, Mohaddes-Hakkak HR. Prediction of osteoporosis preventive behaviors using the Health Belief Model. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. Autumn. 2014; 2(3): 199-207.

11. Wai CT, Wong ML, Ng S, Cheok A, Tan MH, Chua W, et al. Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005 ; 21(10):1255-62.
12. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication.* 2010;25(8):661-9
13. 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 Kavos City. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2015; 3 (2) :52-60
14. Safarzadeh S, Behbodi moghadam Z, Safari M. The Impact of Education on Performing Postpartum Exercise Based on Health Belief Model. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.* 2014; 57(6): 776-784 .
15. Sallis JF, Calfas KJ, Nichols JF, Sarkin JA, Johnson MF, Caparosa S, et al. Evaluation of a university course to promote physical activity: project GRAD. *Res Q Exerc Sport.* 1999; 70(1):1-10.
16. Ryan P. Integrated theory of health behavior change: background and intervention development. *Internet J Adv Nurs Pract.* 2008; 23(3):161-70.
17. Sharma M, Romas I. Theoretical foundations of health education and health promotion. Sudbury; Jones and Bartlet: 2010.
18. Najimi A, Ghaffari M, Alidousti M. Social cognitive correlates of fruit and vegetables consumption among students: a cross-sectional research. *Pejouhandeh* 2012; 17(2):81-6.
19. Zare Shahabadi A, Hajizade Meimandi M, Ebrahimi Sadrabadi F. Influence of Social Support on Treatment of Type II Diabetes in Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.* 2010; 18 (3) :277-283.
20. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Sociasupport and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. *Iranian Journal of Tabibe Shargh.* 2008; 9: 275-84.
21. 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. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2014; 16(3):162-9.
22. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction.* 2007; 22: 869-77.
23. Norris AE, Munro BH. Statistical methods for health care research, 1st Editon, Lippincott Williams & Wilkins: New York, 2001.
24. Amirzadeh Iranagh J, Motallebi SA. The effect of health belief model based on education intervention on physical activity of elderly women . *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.* 2016; 13(12):1050-1058.
25. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami Sh. Predictors of Oral Health Care in Pregnant Women Based on Health Belief Model. *Journal of Health System Research.* 2013; 8(4):624-634.
26. Mazlumi MS, Ruhani TN. The study of factors related to oral self-care with Health Belief Model in Yazds' high school students. *J Birjand Univ Med Sci* 1999; 3: 40-8.
27. Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison AP. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6): 822-827.
28. Ievers-Landis Carolyn E, Burant Christopher, Drotar Dennis, Morgan Larissa, Trapl Erika S, Kwoh C. Kent. Social Support, Knowledge, and Self-Efficacy as Correlates of Osteoporosis Preventive Behaviors Among Preadolescent Females. *Journal of Pediatric Psychology* 2003; 28(5):335-45.
29. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6): 980-93.
30. Khani Jeihooni A, Hidarnia A, Kaveh M H, Hajizadeh E. Survey of predictors osteoporosis preventive behaviors among women in Fasa: Integrated of the Health Belief Model and Social Cognitive Theory. *J Health Syst Res.* 2015; 11(1): 53-67.
31. Ney PG, Fung T, Wickett AR, Beaman-Dodd C. The effects of pregnancy loss on women's health. *Social science & medicine.* 1994; 38(9):1193-200.
32. Teitler JO. Father involvement, child health and maternal health behavior. *Children and Youth Services Review.* 2001; 23(4):403-25.
33. Zamani Alavijeh F. HBM trail in controlling tooth plaque in Araki primary school students in 2003 2004 . *Tabib Shargh* 2005; 4(2): 9.
34. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6): 980-93.
35. Khoramabadi M, Dolatian S, Hajian M, Zamanian R, Taheripanah Z, Sheikhan Z, et al. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. *Global Journal of Health Science.* 2016; 8(2):230-239.
36. Kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J Periodontol.* 1989; 60(1): 51-6.
37. Solhi M, Shojaei Zadeh D, Seraj B, Faghieh Zadeh S. The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. *Iranian J Publ Health.* 2010; 39(4): 114-9.
38. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 50:479-488.
39. Gao L, Sun K, Chan SW. Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery.* 2014; 30:532-538.

Predictors of Self-Care in Pregnancy Based on Integration of Health Belief Model and Social Support

Izadirad H(PhD candidate)¹- *Niknami S(PhD)² -Zareban I(PhD)³- Hidarnia A(PhD)²

*Corresponding Address: Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: niknamis@modares.ac.ir

Received: 16/Feb/2017 Revised: 31/May/2017 Accepted: 31/Jun/2017

Abstract

Introduction: Due to weakness of self-care during pregnancy, adverse pregnancy outcomes including abortion, stillbirth, premature birth, etc may occur. Individual and social factors affect self-care of pregnancy

Objective: Use of path analysis method to determine predictors of pregnancy self-care based on combination of health belief model and social support.

Materials and Methods: This was a descriptive analytical study conducted on 215 pregnant women living in Baluchistan region , Iran. Two-stage cluster sampling was performed. Data collection tool was questionnaire of integrated model (HBM and social support constructs). To analyze the data, SPSS version 18 statistical indicators and descriptive statistics, bivariate correlations, and linear regression.

Results: Self-efficacy, perceived severity and sensitivity were found to be directly effective on self-care. Also, social support had indirect effects on self-care through an effect on self-efficacy, perceived susceptibility and severity. Social support was identified as the strongest predictor of self-care of pregnancy (46/6%). A significant correlation was found between susceptibility and self-care (0.598), severity and self-care (0.726), benefits and self-care (0.348), self-efficacy and self-care (0.824) and social support(0.745) with self-care($p < 0.05$). An inverse association was observed between perceived barriers and self-care($p < 0.05$, $r = -0.685$).

Conclusion: Integrated Model (HBM and social support structures) with an emphasis on social support and self efficacy can be used as a framework for designing educational interventions to promote self-care.

Conflict of interest: non declared

Keywords: Pregnant Women\ Self-Care\ Social Support

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 103, Pages: 53-62

Please cite this article as: Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A. Predictors of Self-Care in Pregnancy Based on Integration of Health Belief Model and Social Support . J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(103):53-62. [Text in Persian]

1. Ph.D. student, Department of Health Education& promotion , Faculty of Medical Sciences, Tarbiat modares University, Tehran, Iran

2. Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. .

3. Assistant Professor, Health promotion Research center, zahedan university of Medical science, Zahedan, ir.