DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1457 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 18, No. 2, Summer

Received: 01.11.2021 Accepted: 29.06.2022 Published: 06.07.2022

Effect of Education Program with Peer Approach on Awareness, Attitude, and Amount of Coverage for Preconception Care

Parvin Ghasemi[1], Fariba Fahami[2], Fatemeh Torabi[3]

Original Article

Abstract

Background: Health of mothers and neonates is one of the important indicators of health promotion which determines the health status of the community and future generations. One of the interventional strategies to prevent pregnancy complications is improving the preconception care program and educate the community regarding the goals of the maternal health program. Peer group education is one of the active learning methods. The purpose of this study was to investigate the effect of a training program with a peer-to-peer approach on awareness, attitude, and the population covered by preconception care in Rural Comprehensive Health Centers in Mobarakeh City, Iran.

Methods: In this experimental study, 140 married women with inclusion criteria under the coverage of two health houses of Rural Comprehensive Health Centers of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, were randomly divided into experimental and control groups. Fourteen women from the test village who met the inclusion criteria in the peer group but did not belong to the test group were selected and trained. First, the experimental group completed the first stage questionnaires. Then, each woman in the peer group trained 5 members of the experimental group. Two months later, the second stage questionnaires were completed. Data analysis was performed with SPSS software using independent t-test, paired t-test, Mann-Whitney test, and Wilcoxon test.

Findings: The mean scores of awareness, attitude, and coverage were not significantly different between the two groups before the intervention ($P > 0.05$), but in the experimental group, they were significantly higher after the intervention ($P < 0.05$). In the control group, there was no significant difference between the mean scores of pre- and post-intervention ($P > 0.05$). There was no significant difference between preconception care coverage before the intervention between two groups ($P > 0.05$). The coverage of preconception care in the experimental group was significantly higher after the intervention ($P < 0.05$). There was no significant difference between preconception care coverage before and after intervention in the control group ($P > 0.05$).

Conclusion: Peer education has a positive effect on awareness, attitude, and referrals of the target group.

Keywords: Preconception care; Education; Peer; Attitude; Awareness

Citation: Ghasemi P, Fahami F, Torabi F. **Effect of Education Program with Peer Approach on Awareness, Attitude, and Amount of Coverage for Preconception Care.** J Health Syst Res 2022; 18(2): 136-43.

1- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Community Education in the Health System, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center AND School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Lecturer, Nursing and Midwifery Care Research Center AND School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fariba Fahami; Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center AND School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: fahami@nm.mui.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1457 Published by Vesnu Publications

تأثیر آموزش با رویکرد همتا بر آگاهی، نگرش و میزان تحت پوشش مراقبت پیش از بارداری

پروین قاسمی[۱]، فریبا فهامی[۲]، فاطمه ترابی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت مادران و نوزادان، از جمله شاخص‌های مهم ارتقای سلامت تعیین‌کننده وضعیت بهداشت و سلامت جامعه و نسل‌های بعدی می‌باشد. یکی از راهکارهای مداخله‌ای پیشنهادی برای جلوگیری از خطربالقوه حاملگی، تقویت برنامه مراقبت پیش از بارداری جهت آموزش جامعه در راستای اهداف برنامه سلامت مادران است. یکی از روش‌های یادگیری فعال، آموزش توسط گروه همتایان است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر برنامه آموزشی با رویکرد همتا برآگاهی، نگرش و جمعیت تحت پوشش مراقبت پیش از بارداری در مراکز جامع سلامت روستایی بود.

روش‌ها: در این مطالعه تجربی، ۱۴۰ زن همسردار تحت پوشش دو خانه بهداشت مراکز جامع سلامت روستایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دارای معیارهای ورود به تحقیق، انتخاب و خانه‌های بهداشت به طور تصادفی به دو گروه آزمون وشاهد تقسیم شدند. ۱۴ زن از روستای آزمون که معیارهای ورود به گروه همتا را داشتند، اما جزء گروه آزمون نبودند، انتخاب و آموزش داده شدند. ابتدا پرسش‌نامه‌های مرحله اول توسط گروه آزمون تکمیل گردید. سپس هر یک از زنان گروه همتا به ۵ نفر از گروه آزمون آموزش دادند. دو ماه بعد، پرسش‌نامه‌های مرحله دوم تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t، Paired t، Mann-Whitney و Wilcoxon در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از مداخله، بین میانگین نمرات آگاهی، نگرش و تحت پوشش مراقبت پیش از بارداری دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). پس از مداخله، میانگین نمرات در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۵$)، اما در گروه شاهد، میانگین نمرات بین قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($P > ۰/۰۵$).تحت پوشش قرار گرفتن مراقبت پیش از بارداری، قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$). تحت پوشش قرار گرفتن مراقبت قبل از بارداری در گروه آزمون پس از مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از قبل مداخله بود ($P < ۰/۰۵$). در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری بین تحت پوشش قرار گرفتن مراقبت قبل از بارداریقبل و بعد از مداخله مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش همتا، تأثیر مثبتی بر روی آگاهی، نگرش و مراجعات گروه هدف داشت.

واژه‌های کلیدی: مراقبت پیش از بارداری؛ آموزش؛ همتا؛ نگرش؛ آگاهی

ارجاع: قاسمی پروین، فهامی فریبا، ترابی، فاطمه. **تأثیر آموزش با رویکرد همتا بر آگاهی، نگرش و میزان تحت پوشش مراقبت پیش از بارداری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۸ (۲): ۱۴۳-۱۳۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۸/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۴/۸ تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۴/۱۵

مقدمه

بارداری یکی از دوره‌های مهم، بحرانی، پراسترس ودر عین حال، شکوهمند در زندگی هر زنی است و مراقبت‌های این دوران به طور عمده بر وضعیت رشد جنین و آمادگی برای زایمان ایمن تمرکز دارد (۱).

وضعیت سلامت در جریان بارداری، به سلامت قبل از بارداری بستگی دارد (۲) و بارداری‌هایی که بدون برنامه‌ریزی اتفاق می‌افتند، در معرض خطراتی همچون زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد قرار دارند (۴، ۳). از طرف دیگر، اساس نتایج نامطلوب بارداری، اغلب در ابتدای حاملگی بنا نهاده می‌شود. بنابراین، اقدامات پیشگیرانه باید در زودترین زمان ممکن و ترجیحاً قبل از بارداری انجام شود. مشاوره قبل از بارداری مهم‌ترین ویزیت یک مادر است که موجب کاهش مرگ و میر و عوارض بارداری در مادران و نوزادان می‌شود (۵). مراقبت‌های پیش از بارداری باید به عنوان بخشی اساسی از مراقبت‌های پره‌ناتال در نظر گرفته شود و حداقل سه ماه قبل از بارداری آغاز گردد (۴، ۳). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) مراقبت‌های قبل از بارداری را تحت عنوان «مجموعه‌ای از مداخلات از طریق پیشگیری و درمان، با هدف شناسایی و تعدیل مخاطرات زیست پزشکی، رفتاری و اجتماعی که سلامت زن یا پیامد حاملگی را تهدید می‌کند» (۲)، تعریف کرده است.

اهدافی همچون ارتقای آگاهی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای مردان و زنان در ارتباط با سلامت قبل از بارداری، اطمینان از ارایه خدمات مراقبت‌های قبل از

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: فریبا فهامی؛ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: fahami@nm.mui.ac.ir

بارداری به تمام زنان سنین باروری (از جمله غربالگری خطر با رویکرد مبتنی بر شواهد، ترویج بهداشت و مداخلات لازم) به نحوی که زنان بتوانند با سلامت بهینه پای به دوران بارداری بگذارند، کاستن از خطرهای مشخص شده بر اساس پیامد نامطلوب بارداری قبلی از طریق مداخلات در فاصله بین دو بارداری به منظور جلوگیری یا به حداقل رساندن پیامدهای نامطلوب راجعه و کاهش نابرابری‌های موجود در زمینه پیامدهای نامطلوب بارداری بر اساس American College of Obstetrics & Gynecology (ACOG) (ویرایش ۲۰۱۷) و انجمن طب مادری- جنینی (ویرایش ۲۰۱۴)، برای پیشبرد مراقبت‌های قبل از بارداری عنوان شده است (۲).

از طریق انجام مداخلات مورد نیاز قبل از بارداری و یا در فاصله زمانی بین دو بارداری، می‌توان به اهداف فوق دست یافت و از بروز بسیاری از اختلالات و وضعیت‌های شایع در بارداری جلوگیری کرد. این امر موجب ارتقای سلامت زنان، کودکان و خانواده‌های آن‌ها خواهد شد (۳).

میزان مراقبت‌های پیش از بارداری در ایران پایین است. در پژوهشی مشخص گردید که بیش از ۵۰ درصد از زنان هیچ مراقبتی قبل از بارداری انجام نداده‌اند (۶). در بررسی‌های صورت گرفته، درصد مطلوب جهانی و کشوری در انجام مراقبت پیش از بارداری یافت نشد، اما هدف، افزایش پوشش مراقبت قبل از بارداری در استان اصفهان به میزان حداقل ۵۰ درصد بر اساس نقشه جامع سلامت برای دستیابی به اهداف سند ملی چشم‌انداز در افق ۱۴۰۴ می‌باشد (۵). پوشش مراقبت قبل از بارداری در مادران زایمان کرده تحت پوشش در استان اصفهان طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۸ به ترتیب ۴/۸، ۵/۰ و ۳/۴ درصد و در شهرستان مبارکه به ترتیب ۷/۹، ۹/۹ و ۱۰/۴ درصد گزارش شده است (۷).

نتایج مطالعه Hemsing و همکاران درکانادا نشان داد که مراقبت‌های پیش از بارداری به تحقیق و طراحی مداخلات بیشتری نیاز دارد (۸). یافته‌های پژوهش شاداب در زمینه علت عدم مراجعه جهت مراقبت پیش از بارداری به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان اصفهان نشان داد که در آموزش زنان سنین باروری، توجه لازم به مراقبت‌های قبل از بارداری نشده است (۵).

یکی از راهکارهای مداخله‌ای پیشنهادی برای جلوگیری از خطرات بالقوه بارداری، تقویت برنامه مراقبت پیش از بارداری و استفاده از استراتژی‌های جمعی و هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی جهت آموزش جامعه در راستای اهداف برنامه سلامت مادران می‌باشد. بنابراین، تلاش‌های بیشتری باید برای شناسایی بهترین شیوه‌ها و مؤثرترین راه ارایه خدمات یکپارچه صورت گیرد (۹). هدف اصلی از آموزش، ارتقای سطح سلامت و تغییر یا اصلاح رفتارهای نادرست و نامساعد مددجو می‌باشد. در رابطه با آموزش، یکی از عوامل مؤثر در کیفیت آموزش، روش‌های آموزشی است. انتخاب روش مناسب با عوامل متعددی ارتباط دارد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به تناسب روش با اهداف مورد نظر، محتوا، مواد و شرایط و امکانات، تناسب با معلم و یاد گیرنده اشاره کرد. با توجه با امکان ارایه آموزش به طرق مختلف، انتخاب روش مناسب در موفقیت آموزش نقش مهمی دارد (۱۰).

یکی از روش‌های یادگیری فعال، آموزش توسط گروه همتایان می‌باشد. آموزش گروه همتایان، نوعی استراتژی آموزشی است که به صورت توسعه دانش و مهارت از طریق فعال و حمایت بین افراد هم‌سطح تعریف می‌شود. این روش یکی از روش‌های مهم و مؤثر برای آموزش فراگیران است که استفاده از آن در کلیه مقاطع آموزشی علوم پزشکی در حال افزایش است (۹).

فضلی در مطالعه خود، تأثیر آموزش مراقبت‌های پیش از بارداری از طریق آموزش رابطین به عنوان گروه همتا را بر آگاهی و نگرش زنان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که میانگین نمره آگاهی و نگرش افراد نسبت به مراقبت پیش از بارداری در گروه مداخله که توسط همتا آموزش داده شده بودند، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود (۱۱). ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از بیماری‌ها می‌توانند بر روی مادر و جنین تأثیر بگذارند. بنابراین، لازم است برای تمامی زنانی که تمایل به بارداری دارند، مراقبت‌های پیش از بارداری به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام شود تا مادر، بارداری و زایمان ایمنی داشته باشد (۱۲).

شاخص مراقبت پیش از بارداری در شهرستان مبارکه پایین می‌باشد. با وجود آموزش‌هایی که توسط کارکنان بهداشتی در مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان مبارکه داده شده، متأسفانه این شاخص از لحاظ ارتقا در شهرستان مبارکه که محل انجام تحقیق بود، هیچ بهبودی نداشته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش گروه همتا به عنوان یک روش آموزشی مکمل در آموزش زنان خواهان بارداری انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع تجربی و محیط تحقیق شامل خانه‌های بهداشت زیر نظر مراکز جامع سلامت روستایی شهرستان مبارکه و زمان پژوهش از دی ماه سال ۱۳۹۹ تا دی ماه سال ۱۴۰۰ بود. جمعیت مورد بررسی را کلیه زنان همسردار ۱۵ تا ۴۰ ساله ساکن روستاهای خانه بهداشت‌های آزمون و شاهد تشکیل داد. نمونه‌ها نیز از بین زنان همسردار و غیر باردار تحت پوشش خانه‌های بهداشت آزمون و شاهد به صورت در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان شامل ملیت ایرانی، از نظر جنسی فعال (ازدواج کرده)، گذشت حداقل یک سال از ازدواج، دارای آدرس و شماره تلفن مشخص به منظور پیگیری و تمایل به شرکت در مطالعه، استفاده نکردن از هیچ روش مطمئن ضد بارداری و احتمال باردار شدن آن‌ها و خواهان بارداری طی ۶ تا ۱۲ ماه آینده نیز بود.

از بین ۲۰ خانه بهداشت در شهرستان مبارکه، دو خانه بهداشت به صورت غیر تصادفی انتخاب گردید. زنانی که قرار بود مورد بررسی قرار گیرند، به صورت نمونه در دسترس، از جمعیت مورد مطالعه در دو خانه بهداشت نمونه‌گیری شدند. برای محاسبه حجم نمونه از رابطه ۱ استفاده شد (۱۳) که در آن، Z_1 ضریب اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱/۹۶، Z_2 ضریب توان آزمون ۸۰ درصد برابر با ۰/۸۴، S برآوردی از متوسط انحراف معیار متغیر (نمره آگاهی) در دو گروه برابر با ۰/۰۵ (۱۵، ۱۴) و d حداقل تفاوت میانگین هر یک از متغیرها بین دو گروه است که اختلاف را معنی‌دار نشان می‌دهد و ۰/۵ در نظر گرفته می‌شود.

$$N = \frac{[Z_1 + Z_2]^2 2s^2}{d^2}$$

رابطه ۱

حداقل ۶۳ نفر در هر گروه به دست آمد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، در هر گروه ۷۰ نفر انتخاب شد.

جهت محاسبه میزان تحت پوشش مراقبت پیش از بارداری، از روش سرشماری استفاده گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه بودکه توسط محقق ابتدا با انجام

مصاحبه با مراجعه‌کنندگان و سپس با توجه به محتوایی که برای آموزش در نظر گرفته شده بود، طراحی گردید. روایی محتوایی ابزار مورد استفاده توسط ۱۲ نفر از استادان دانشکده‌های مامایی و پرستاری و بهداشت تأیید شد. در مورد سنجش پایایی پرسش‌نامه، از روش آزمون- بازآزمون استفاده گردید؛ به این صورت که پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از زنان واجد شرایط گروه هدف مطالعه قرار گرفت و از آن‌ها در خواست گردید که پرسش‌نامه را تکمیل نمایند. با فاصله یک هفته مجدد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شد و برای هر سازه، ضریب Cronbach's alpha در نظر گرفته شد که ضرایب بیش از ۰/۷۰ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه مورد استفاده دارای چهار قسمت بود.

قسمت اول شامل ۱۰ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک و باروری می‌باشد.

قسمت دوم مربوط به سؤالات آگاهی متشکل از ۲۰ سؤال می‌باشد که به صورت بلی و خیر طراحی شده است و به گزینه درست، نمره ۱ و به گزینه غلط، نمره صفر تعلق می‌گیرد. در مجموع، طیف نمره از صفر تا ۲۰ می‌باشد.

قسمت سوم مربوط به سؤالات نگرش شامل ۱۵ سؤال با طیف لیکرت «موافقم، نظری ندارم، مخالفم» می‌باشد که در مجموع، طیف نمره از صفر تا ۳۰ می‌باشد. به سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، و ۱۵ = موافقم نمره ۲ و مخالفم = نمره صفر و به سؤالات ۲، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۳ = مخالفم نمره ۲ و موافقم = نمره صفر اختصاص داده شد. در تمامی سؤالات، به جواب «نظری ندارم» نمره ۱ تعلق گرفت.

قسمت چهارم: بخش مربوط به سؤالات تحت پوشش شامل دو سؤال در ارتباط با جمعیت تحت پوشش مراقبت‌های قبل از بارداری بود که به وسیله آن تعیین و مقایسه جمعیت تحت پوشش صورت گرفت و مراقبت‌های پیش از بارداری را قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد نشان داد.

پرسش‌نامه توسط محقق ابتدا با انجام مصاحبه با مراجعه‌کنندگان و سپس با توجه به محتوایی که برای آموزش در نظر گرفته شده بود، طراحی گردید. روایی محتوایی ابزار مورد استفاده توسط چند تن از استادان دانشکده‌های مامایی و پرستاری و بهداشت تأیید شد. در پژوهش حاضر، جمع‌آوری داده‌ها در هر دو گروه به روش تکمیل پرسش‌نامه بود. پژوهشگر قبل از آموزش، پرسش‌نامه را برای هر دو گروه آزمون و شاهد به صورت خودگزارشی تکمیل نمود و دو ماه پس از آموزش به همتایان (زمان مقرر برای انتقال آموزش‌ها از همتا به گروه آزمون دو ماه در نظر گرفته شده بود)، با رعایت احترام در محیط مناسب (در اتاقی مجزا با حفظ حریم شخصی و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی) تکمیل گردید.

محقق پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق و مجوز اجرا از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به معاونت بهداشتی شبکه و مسؤول مرکز جامع سلامت شهید گمنام مراجعه نمود و پس از شرح اهداف و روند تحقیق و جلب همکاری مسؤول مرکز، از تاریخ ۱۴ دی سال ۱۳۹۹، به خانه‌های بهداشت منتخب (انتخاب این خانه‌ها به دلیل حضور تمامی سطوح ارجاع بهورز، ماما و پزشک خانواده و بر اساس تعداد مراجعه‌کنندگان بود) مراجعه کرد. سپس خانه بهداشت‌های آزمون و شاهد به صورت تصادفی و بر اساس زوج و فرد انتخاب شدند و به منظور دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، اطلاعاتی پیرامون اهداف و روش کار در اختیار آنان قرار داده شد. پرسش‌نامه برای دو گروه آزمون و شاهد به صورت خودگزارشی و به علت پاندمی کرونا از طریق مصاحبه تلفنی و غیر حضوری مجازی به جزء تعداد اندکی (۱۵ نفر) که به خانه بهداشت مراجعه نمودند، تکمیل گردید (افرادی که در گروه‌های آزمون و شاهد حضور داشتند، با یکدیگر ارتباطی نداشتند و روستاها از لحاظ بعد مسافت در شرایطی نبود که اطلاعات داده شده از یک گروه به گروه دیگر انتقال داده شود. همچنین، در مورد حساسیت این موضوع به گروه آزمون توضیحات داده شد). پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه قبل از آموزش، ۱۴ نفر (با توجه به معیارهای ورود) از افراد خانه بهداشتی که قرار بود مداخله در آن صورت گیرد و دارای شرایط ورود به تحقیق بودند، به عنوان گروه همتا انتخاب شدند (همتاها از بین گروه آزمون نبودند) و در دو گروه ۷ نفره در فرهنگسرای روستای آزمون ضمن رعایت پروتکل‌های بهداشتی، به صورت سخنرانی توسط پژوهشگر در دو جلسه یک ساعته آموزش داده شدند. سپس هر یک نفر از گروه همتا که آموزش گرفته بودند، آموزش‌های لازم را برای ۵ نفر از گروه آزمون به صورت چهره به چهره ارایه دادندکه به این ترتیب، ۷۰ نمونه مورد نظر توسط همتاها آموزش دیدند و سپس هم از گروه همتا و هم از زنان گروه آزمون درخواست گردید که این آموزش‌ها را به اطرافیان، خویشاوندان و خانواده‌های خود منتقل کنند. دو ماه پس از آموزش به همتایان، پرسش‌نامه‌ها مجدد در دو گروه شاهد و آزمون تکمیل شد.

از آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به منظور مقایسه میانگین متغیرهای کمی در دو گروه مداخله و شاهد از آزمون Independent t استفاده شد. روش پیشگیری از بارداری، بارداری ناخواسته، شغل و شغل همسر در دو گروه آزمون و شاهد با آزمون χ^2؛ متغیرهای کیفی رتبه‌ای، سطح تحصیلات و سطح تحصیلات همسر در دو گروه آزمون و شاهد با آزمون Mann-Whitney؛ مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و جمعیت تحت پوشش قبل و پس از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد با آزمون Independent t و مقایسه جمعیت تحت پوشش قرار گرفته مراقبت قبل از بارداری در دو گروه آزمون و شاهد با آزمون Mann-Whitney مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است که زنان گروه شاهد از آموزش‌هایی که به صورت روتین توسط بهورز در خانه بهداشت صورت می‌گرفت، بهره بردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۴۰ زن همسردار ۱۵ تا ۴۰ سال که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، در قالب گروه‌های آزمون و شاهد در تحقیق شرکت کردند.بدین منظور، ۷۰ نفر در گروه آزمون با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و ۷۰ نفر در گروه شاهد با دامنه سنی ۲۱ تا ۴۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱).

میانگین سن در گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب ۴/۷۳ ± ۳۱/۱۴ و ۴/۵۰ ± ۳۰/۹۸ سال بود. نتایج آزمون Independent t نشان داد که میانگین هیچ‌کدام از متغیرهای مذکور بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$).

بر اساس نتایج آزمون χ^2، اختلاف معنی‌داری در فراوانی حاملگی ناخواسته بین دو گروه وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). آزمون χ^2 با نسبت درست‌نمایی نشان داد که توزیع فراوانی روش پیشگیری از بارداری، شغل و شغل همسر نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$). بیشترین فراوانی روش پیشگیری از بارداری در هر دو گروه، روش طبیعی بود. شغل بیشتر خانم‌ها در هر دو گروه، خانه‌دار و شغل اغلب همسران در دو گروه، کارگری بود (جدول ۲).

جدول ۱. بررسی میانگین متغیرهای کمی دموگرافیک و بارداری در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t		
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	مقدار P
سن (ماه)	۳۱/۱٤ ± ٤/۷۳	۳۰/۹۸ ± ٤/٥۰	۰/۲۱	۱۳۸	۰/۸۳
مدت ازدواج (سال)	۹/۳۸ ± ٥/۲۲	۹/٥٦ ± ٥/٥۳	۰/۲۰	۱۳۸	۰/۸٤
تعداد بارداری	۱/۰۱ ± ۰/۰۸	۱/۱٤ ± ۰/۱۰	۰/۹۸	۱۳۸	۰/۳۳
تعداد سقط	۰/۲۲ ± ۰/۰٥	۰/۲۳ ± ۰/۰٦	۰/۱۳	۱۳۸	۰/۸۹
تعداد زایمان	۰/۷۱ ± ۰/۰٦	۰/۸۱ ± ۰/۰۸	۱/۰۳	۱۳۸	۰/۳۰
تعداد مرده‌زایی	۰/۰۲ ± ۰/۰۱	۰/۰۱ ± ۰/۰۱	۰/۰۱	۱۳۸	۰/۹۹
تعداد نوزاد ناهنجار	۰	۰	–	–	> ۰/۹۹

سطح تحصیلات و سطح تحصیلات همسران، در بیشتر موارد دیپلم و کاردانی بود. بر اساس نتایج آزمون Mann-Whitney، بین تحصیلات و سطح تحصیلات همسر در دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P > ۰/۰۵) (جدول ۳).

نتایج آزمون Independent t نشان داد که قبل از مداخله میانگین نمرات آگاهی، نگرش و تحت پوشش بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت (P > ۰/۰۵) (جدول ۴).

بر اساس نتایج آزمون Independent t، پس از مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و تحت پوشش در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود (P < ۰/۰۵) (جدول ۵).

نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که جمعیت تحت پوشش قرار گرفته مراقبت (قبل از بارداری) در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود (P < ۰/۰۵).

جدول ۲. توزیع فراوانی (متغیرهای کیفی اسمی) روش پیشگیری از بارداری، بارداری ناخواسته، شغل و شغل همسر در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر		گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون χ^2		
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	χ^2	درجه آزادی	مقدار P
روش پیشگیری از بارداری	بدون روش	۹ (۱۲/۹)	۸ (۱۱/٤)	۲/۹۹	٤	۰/٥٦
	طبیعی	۳۱ (٤٤/۳)	۳۸ (٥٤/۳)			
	قرص	۳ (٤/۳)	۲ (۲/۹)			
	IUD	٤ (٥/۷)	۱ (۱/٤)			
	کاندوم	۲۳ (۳۲/۸)	۲۱ (۳۰/۰)			
حاملگی ناخواسته	بله	۱۲ (۱۷/۱)	۱۳ (۱۸/٦)	۰/۰٥	۱	۰/۸۲
	خیر	٥۸ (۸۲/۹)	٥۷ (۸۱/٤)			
شغل	خانه‌دار	٥۲ (۷٤/۲)	٦۲ (۸۸/٥)	٥/۲٤	٤	۰/۲٦
	کارمند	٦ (۸/٦)	۲ (۲/۹)			
	کارگر	۳ (٤/۳)	۲ (۲/۹)			
	شغل خانگی	٦ (۸/٦)	۳ (٤/۳)			
	سایر	۳ (٤/۳)	۱ (۱/٤)			
شغل همسر	بیکار	٤ (٥/۷)	۲ (۲/۹)	۳/٥۱	٤	۰/٤۸
	کارمند	۸ (۱۱/٤)	۱۳ (۱۸/٦)			
	کارگر	۳۷ (٥۲/۹)	۳٦ (٥۱/٤)			
	شغل آزاد	۲۱ (۳۰/۰)	۱۸ (۲٥/۷)			
	سایر	۰ (۰)	۱ (۱/٤)			

IUD: Intrauterine device

جدول ۳. توزیع فراوانی (متغیرهای کیفی رتبه‌ای) سطح تحصیلات و سطح تحصیلات همسر در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر		گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Mann-Whitney	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آماره Z	مقدار P
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱٤ (۲۰/۰)	۸ (۱۱/٤)	۰/۹۳	۰/۳۵
	دیپلم و کاردانی	٤۱ (۵۸/٦)	٤٦ (٦۵/۷)		
	کارشناسی و بالاتر	۱۵ (۲۱/٤)	۱٦ (۲۲/۹)		
سطح تحصیلات همسر	بی‌سواد	۱ (۱/٤)	۰ (۰)	۱/۳۲	۰/۱۹
	زیر دیپلم	۲۰ (۲۸/٦)	۱٤ (۲۰/۰)		
	دیپلم و کاردانی	۳۷ (۵۲/۹)	٤۱ (۵۸/٦)		
	کارشناسی و بالاتر	۱۲ (۱۷/۱)	۱۵ (۲۱/٤)		

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توزیع فراوانی سن، شغل، میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان و همسران آن‌ها در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت. به بیان دیگر، نتایج آزمون‌های آماری، تخصیص تصادفی نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد را تأیید کرد. همچنین، در متغیرهای سابقه بارداری‌های قبلی و تعداد زایمان‌ها و سابقه سقط و مرده‌زایی مشارکت‌کنندگان، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. آزمون Independent t نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و میزان تحت پوشش بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$) (جداول ۱ تا ۴). بر اساس داده‌های جداول ۵ و ۶ و نتایج آزمون Independent t، بعد از مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و تحت پوشش در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود؛ در حالی که بر اساس همین آزمون قبل از مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و تحت پوشش بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت. در همین راستا، نتایج تحقیق فضلی که با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی توسط گروه همتایان بر مراقبت پیش از بارداری بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی (Health belief model یا HBM) انجام شد، نشان داد که میانگین سطح آگاهی و نگرش پس از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت (۱۱) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی داشت. مطالعه وی از این لحاظ که مشارکت‌کنندگان علاوه بر گروه همتا، از HBM در آموزش بهره گرفته بودند (۱)، نسبت به تحقیق حاضر برتری داشت، اما مزیت بررسی حاضر استفاده از نمونه‌های بیشتری نسبت به پژوهش فضلی (۱۱) می‌باشد. از طرف دیگر، در مطالعه او، گروه همتا از میان رابطین بهداشتی انتخاب شده بودند (۱۱)، اما در بررسی حاضر همتاها رابط بهداشتی نبودند.

نتایج تحقیق علیدوست که با هدف بررسی اثربخشی آموزش همتایان بر آگاهی، نگرش و انتخاب نوع زایمان در مادران باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان بوکان انجام شد، نشان داد که بعد از مداخله (آموزش همتایان به گروه آزمون) در گروه آزمون، نمرات آگاهی و نگرش به صورت معنی‌داری افزایش یافت. در گروه شاهد، نمرات آگاهی و نگرش معنی‌دار نبود. همچنین، تغییرات میانگین نمره آگاهی و نگرش بعد از مداخله نسبت قبل از آن در دو گروه معنی‌دار بود. در واقع، اجرای مداخله آموزشی همتایان، توانسته بود در افزایش آگاهی، بهبود نگرش و افزایش قصد زنان باردار در انتخاب زایمان به روش طبیعی مؤثر باشد. همچنین، مادران با کسب آگاهی توانستند روش مناسب را برای زایمان انتخاب کنند (۱۶) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی داشت. مطالعه وی به علت این که از تعداد نمونه‌های بیشتری استفاده کرده بود، می‌تواند دقیق‌تر باشد، اما چون از همتایانی استفاده شده بود که شباهت زیادی به مشارکت‌کنندگان داشتند و به گروه خاصی تعلق نداشتند، شباهت بیشتری به بررسی حاضر دارد.

در تحقیقات ذکر شده، تغییر نوع رفتار، تحصیلات و دیگر شرایط دموگرافیک، تأثیر معنی‌داری بر روی نتایج نداشت و شاید به این علت است که رفتارهایی مانند انجام مراقبت‌های قبل از بارداری و انتخاب نوع روش، نیاز به اطلاعات خاصی همچون فواید مصرف موادی مانند اسید فولیک و کنترل بیماری‌ها و دانستن فواید انجام زایمان طبیعی دارد که اطلاعات تخصصی هستند و برای کسب آن‌ها، همتایان نیز باید قبل از انجام مداخله حتماً آموزش داده شوند (۱۶، ۱۱).

نتایج پژوهش هم‌گروهی van Voorst در کشور هلند نشان دادکه وجود همتایان باعث می‌شود دسترسی به زنان در مناطق محروم بیشتر شود (۱۷) که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. در بررسی حاضر نیز همه‌گیری کرونا باعث شد که مراجعات به خانه‌های بهداشت کمتر شود و حضور همتایان، دسترسی به گروه هدف را برای پژوهشگر آسان‌تر نمود، اما در تحقیق van Voorst باز هم زنان به ندرت مراجعه کردند که این مغایرت به علت فقدان زمان کافی برای انجام برنامه، عدم پایبندی به هدف و فقدان ارتباط کاری مؤثر بین گروه‌های همتا و خدمات بهداشت شهری و مراکز انجام مراقبت‌های پیش از بارداری می‌باشد (۱۷).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و جمعیت تحت پوشش (از ۱۰۰) قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد

نمره	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t		
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	مقدار P
آگاهی	۸۸/۵۰ ± ۹/۲۹	۸۷/۷۰ ± ۷/۵۸	۰/۵٦	۱٤	۰/۵۸
نگرش	۷۵/٤٤ ± ۹/۹۷	۷۵/۷۹ ± ۱۰/۹۵	۰/۲۰	۱٤	۰/۸٤
جمعیت تحت پوشش	۹/۸٤ ± ۳/۰۲	۱۲/۷۰ ± ۳/۷۰	۰/٦۰	۱٤	۰/۵۵

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و جمعیت تحت پوشش بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد

نمره	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t		
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	مقدار P
آگاهی	۹۶/۱۶ ± ۷/۲۰	۸۸/۷۱ ± ۷/۴۱	۶/۰۴	۱۴	<۰/۰۰۱
نگرش	۸۱/۳۱ ± ۱۰/۷۵	۷۴/۹۸ ± ۱۰/۹۹	۳/۴۵	۱۴	۰/۰۰۱
تحت پوشش	۲۹/۸۴ ± ۵/۰۰	۱۳/۸۱ ± ۳/۹۰	۲/۵۳	۱۴	۰/۰۱۰

پژوهش حاضر از دسته مطالعات تحلیل سیاست بود که به روش گذشته‌نگر انجام شد و نقطه قوت تحقیق، انجام آن بر اساس چارچوب مثلث تحلیل سیاست Walt و Gilson بود. بررسی حاضر با پژوهش van Voorst از این نظرکه با وجود همتایان، دسترسی به مراجعه‌کنندگان بیشتر می‌شود (۱۷)، همسو می‌باشد. در مطالعه حاضر، نتایج آزمون Mann-Whitney با مقایسه توزیع فراوانی جمعیت تحت پوشش قرار گرفته مراقبت قبل از بارداری بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد نشان داد که جمعیت تحت پوشش قرار گرفته مراقبت قبل از بارداری بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود.

کرم‌الهی و همکاران تحقیقی را با هدف بررسی تأثیر حامی همتا جهت استفاده از روش‌های تنظیم خانواده و میزان بارداری هم‌زمان با شیردهی در زنان نخستزا در ایلام انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که در پایان ۲۴ ماه بعد از زایمان، میزان حاملگی هم‌زمان با شیردهی در گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمون بود (گروه شاهد ۲۰ درصد در مقایسه با ۵/۱ درصد گروه آزمون). همچنین، زمان وقوع حاملگی در گروه شاهد به طور معنی‌داری زودتر از گروه آزمون بود (۳/۵۶ ± ۹/۶۰ ماهگی در گروه شاهد در مقایسه با ۱/۲۵ ± ۱۸/۲۵ ماهگی در گروه آزمون). دو گروه از نظر زمان شروع روش پیشگیری از بارداری، تفاوت معنی‌داری داشتند (گروه شاهد ۳۵/۶۱ ± ۷۱/۷۲ روزگی در مقایسه با ۳۶/۱۰ ± ۷۱/۰۲ روزگی گروه آزمون) (۱۸).

بارداری‌هایی که در فاصله کمتر از ۲۴ ماه رخ می‌دهند به ویژه بارداری‌هایی که هم‌زمان با شیردهی هستند، با پیامدهای نا مطلوب نوزادی از جمله نارسی، وزن کم تولد، محدودیت رشد داخل رحمی، کاهش ضریب هوشی، اختلالات تکاملی و شنوایی و همچنین، عوارض مادری از جمله خونریزی زایمانی، کم‌خونی، زایمان دشوار، سزارین و سوء تغذیه همراه می‌باشند. از طرف دیگر، تداوم این دسته از بارداری‌ها که در فاصله کمتر از ۲۴ ماه رخ می‌دهند به ویژه بارداری‌هایی که هم‌زمان با شیردهی هستند، به دلیل عدم تمایل مادر به شروع مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری، سبب رفتارهای بهداشتی نامناسب می‌شود. در نتیجه، بر سلامت جسمی و روانی مادر و کودک اثرات نا مطلوبی دارد. این نتایج از این نظر که عملکرد گروه آزمون ارتقا یافته و توانسته است در جهت مطلوب شدن یک رفتار و بهبود آن باشد (۱۸)، در راستای یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد و از این جهت که یکی از مراقبت‌ها و مشاوره‌های قبل از بارداری را به طور تخصصی بررسی و از همتایان استفاده می‌کند، شباهت زیادی به تحقیق حاضر دارد. در پژوهش کرم‌الهی و همکاران، از همتایان به تعداد بیشتری استفاده شد. همچنین، نمونه‌های بیشتری در مطالعه شرکت کردند و به علت این که مادران پس از زایمانشان به مدت ۲۴ ماه پیگیری شدند، پرسش‌نامه‌ها در سه زمان یعنی ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد از زایمان از مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید (۱۸) که می‌تواند نسبت به مطالعه حاضر دقت بیشتری را به دنبال داشته باشد.

با توجه به تحقیقات مذکور، اگرچه مشاوره و آموزش‌های کارکنان بهداشتی- درمانی نقش مهمی در آگاه کردن زنان در مراقبت‌های پیش از بارداری دارد، اما نتایج نشان می‌دهد که این استراتژی‌ها به تنهایی کافی نیست. در این پژوهش‌ها، گروه‌های شاهد تحت آموزش‌های کارکنان بهداشتی بودند و گروه‌های آزمون به غیر از آموزش‌های کارکنان، از آموزش‌ها و حمایت‌های گروه همتا بهره می‌جستند. بنابراین، جهت غنی کردن و گسترش برنامه‌های آموزشی کارکنان بهداشتی- درمانی، استفاده از حمایت‌های افراد غیر حرفه‌ای به ویژه همتا، گسترش یافته است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که در همه‌گیری کرونا با توجه به این که زنان مورد بررسی ۷۰ نفر بودند و برای آموزش گروهی آنان نیاز به مکان بزرگ و رعایت فاصله‌گذاری و حضور فیزیکی بود، وجود همتایان با نفرات بسیار کم با نسبت ۱ نفر به ۵ نفر (همتایان ۱۴ نفر بودند که هر کدام ازآن‌ها تنها فقط به ۵ نفرآموزش چهره به چهره دادند)، توانست در این شرایط همین بازده مثبت را داشته باشد.

تحقیق حاضر در شهرستان مبارکه انجام شد. پیشنهاد می‌شود برای بررسی جامع‌تر، مشابه پژوهش حاضر در شهرستان‌های دیگر به ویژه در اتباع بیگانه، مناطق روستایی و شهری و در حاشیه شهرهای بزرگ به علت شاخص پایین مراقبت‌های پیش از بارداری کشور و استان انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به مزایای فراوان آموزش همتا از جمله عدم نیاز به تربیت تخصصی افراد و کم‌هزینه بودن و به صرفه بودن، به کارگیری آن در برنامه‌های آموزشی توصیه می‌شود. بنابراین، می‌توان از این روش آموزشی به صورت اصلی یا مکمل در کنار آموزش‌های استاندارد کارکنان بهداشتی استفاده کرد.

جدول ۶. مقایسه توزیع فراوانی جمعیت تحت پوشش قرار گرفته مراقبت قبل از بارداری در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر		گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Mann-Whitney	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آماره Z	مقدار P
تحت پوشش مراقبت قبل از بارداری	بله	۲۳ (۳۲/۹)	۸ (۱۱/۴)	۲/۸۰	۰/۰۰۵
	ناقص	۴ (۵/۷)	۵ (۷/۲)		
	خیر	۴۳ (۶۱/۴)	۵۷ (۸۱/۴)		

ارتقای آگاهی و نگرش زنان و به دنبال آن، ارتقای میـزان جمعیـت تحـت پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری، باعث کاهش عوارض و بیماری‌های دوران بـارداری و کـاهش مراجعـات بـه پزشـک، خـدمات پـاراکلینیکی، بسـتری‌های بیمارستانی هم در مـادران و هـم در نـوزادان خواهـد شـد و بـه دنبـال آن، بـار اقتصادی فراوانی از روی دوش خانواده‌ها برداشته خواهد شـد. بنـابراین، انتظـار می‌رود که یافته‌های مطالعه حاضر نیز بتواند در حیطـه‌های بـالینی، پژوهشـی و اقتصادی کاربرد مناسبی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسـی ارشـد مجـازی جامعـه‌نگر بـا شماره ۳۹۹۶۴۸، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشـد. بـدین وسـیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمام اسـتادان گرانقـدری کـه در روایی ابزار پژوهشی همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از همه مسؤولان و بهورزان خانه‌های بهداشت کـه در اجـرای ایـن طـرح همکـاری داشتند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Firoozan V. Explaining men's participation in perinatal care and appropriate solution [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2018. [In Persian].
2. Cunningham F Gary, Kenneth J Leveno, Steven L, Jodi S. Dashe BL. Catherine YC, Jodi SB, et al. Williams obstetrics. 24th edition, Ghazi Jahani B. UnitedStates: New York: McGraw-Hill Education/Medical;2014. McGraw-Hill Education; 2014.
3. Motamedi M, Valafarsh S, Kikhosravi F, Jourshari M, Islamboolchi L, Mazaheripour Z, Abbasi F. 1393 Prenatal Care [Standard 99404-139399401]. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Vice Chancellor for Development of Certificate of Identification and Services; 2014. [In Persian].
4. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care - United States: A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care [Online]. [cited 2006 Apr 26]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm
5. Shadab P. Prevalence of prenatal care and its relationship with prenatal risk factors in women hospitalized for delivery in Isfahan hospitals Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2016. [In Persian].
6. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipoor H, Moradi S. Investigating women's lifestyle during the preconception period in Kalat County, Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2014; 2(2): 128-35.
7. Deputy of Health and Isfahan Health Center. Comprehensive Health Data System. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2020. [In Persian].
8. Hemsing N, Greaves L, Poole N. Preconception health care interventions: A scoping review. Sex Reprod Healthc 2017; 14: 24-32.
9. Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of AIDS on addict in Zarandieh. J Guilan Univ Med Sci 2009; 18(70): 64-73. [In Persian].
10. Lake P. A comparative study of the effect of group and CD training on mothers' knowledge and attitude toward child sexual abuse in selected health centers in Isfahan. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2019. [In Persian].
11. Fazli N. The effect of prenatal care education based on health belief model on health relationships in women's knowledge and attitude. [MSc Thesis]. Mashad, Iran: Mashad University of Medical Sciences; 2016. [In Persian].
12. Office of Population, Family and School Health. Country program safe maternal, intergrated maternal health care. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2007. [In Persian].
13. Mohammadi Mahdiabadzadeh M. The effect of face education with group education on sexual during pregnancy in couple that cover in Isfahan in 2013. [In Persian].
14. Akbari Z. Effect of education based on health belief model on decrease of cesarean section of Pregnant In health centers In the Noorabad Mamasani City In 2009. [In Persian].
15. Shafieian M. Effect of education based on Health Belief Model on physical activity among pregnant women attending clinics in the city of Ilam in 2014 [MSc Thesis]. Isfahan, Iran; School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2015. [In Persian].
16. Alidoost N. The effectiveness of peer education on knowledge and attitude and choice of delivery in nulliparous women referred to Bookan health centers. [MSc Thesis]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences, Faculty Nursing and Midwifery; 2014. [In Persian].
17. van Voorst SF. Preconception care: From policy to practice and back [PhD Thesis]. Rotterdam, Netherlands: Erasmus University Rotterdam; 2017.
18. Karamolahi Z, Torkzahrani S, Akbarzadeh Baghban A, Chehreh H, Mohammad Hasan Nahal M. Effect of peer support on the incidence of pregnancy during breastfeeding in nulliparous women. J Ilam Univ Med Sci 2018; 26(4): 64-73. [In Persian].