# بررسی سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص اضطراب بارداری در زنان باردار نخست‌زا

سحر سابوته[۱]، حسین شهنازی[۲]، غلامرضا شریفی‌راد[۳]، اکبر حسن‌زاده[۴]

**مقاله پژوهشی**

**چکیده**

**مقدمه:** بارداری برای زن و خانواده او یک تجربه منحصر به فرد است. تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری علاوه بر جسم، روح و روان زن باردار را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین خلق مادر تغییر کرده و احساسات کلی اضطراب در این دوران شایعند. با توجه به عوارض نامطلوب و جبران‌ناپذیر اضطراب بر مادر، جنین و پیامد بارداری، این مطالعه با هدف بررسی اضطراب در زنان باردار نخست زا مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل ۸۸ زن باردار نخست‌زای مراجعه کننده به درمانگاه‌های بهداشتی شهرستان دورود بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت جمع‌آوری شد. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰شده و با آزمون‌های آماری؛ T مستقل، همبستگی اسپیرمن، همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یکطرفه در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی در خصوص اضطراب در زنان باردار نخست زا ۲۴/۰۵ ± ۳۱/۱ بود. همچنین در زنان باردار مورد بررسی؛ میانگین نمره حساسیت درک شده ۲۹/۹۰± ۳۵/۵، شدت درک شده ۲۹/۳۶ ± ۲۹/۰۳، منافع درک شده ۲۶/۴۴ ± ۴۲/۴۹، موانع درک شده ۳۱/۳۸ ±۲۴/۲۴، خودکارآمدی ۳۱/۹۴ ±۳۰/۰۷، راهنمای عمل ۳۳/۰۹± ۲۲/ ۲۲ و عملکرد ۴۰/۲۱ ± ۲۹/۸۸، به دست آمد. بر اساس نتایج این پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین آگاهی زنان باردار نخست زا و سن آنها مشاهده شد. همچنین بین میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال این زنان با سازه راهنمای عمل ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه میزان آگاهی و نمرات پایینی را در سازه‌های مدل و همچنین عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب نشان داد و با توجه به اینکه بررسی اضطراب در بارداری به سبب بروز عوارض مختلف و جبران ناپذیر آن با اهمیت است، پیشنهاد می‌شود مسؤولین مربوطه در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی جهت کاهش اضطراب بارداری تلاش نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، مدل اعتقاد بهداشتی، زنان باردار نخست زا

**ارجاع:** سابوته سحر، شهنازی حسین، شریفی‌راد غلامرضا، حسن‌زاده اکبر. **بررسی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص اضطراب بارداری در زنان باردار نخست‌زا.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۱۷۱۶-۱۷۵۶.

**تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۱۴** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۱۸**

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. استادیار آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استاد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسؤول )

Email: sharifirad_gh@yahoo.com

۴. مربی آمار حیاتی، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

اصطلاح اضطراب را تقریباً یک قرن پیش برای اولین بار فروید در مقالات خود به کار برد. اضطراب پاسخی طبیعی به موقعیتهای خطرزا می‌باشد و یک علامت هشدار دهنده است که خبر از خطری قریب الوقوع داده و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد. به طورکلی، اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند حس جسمی مانند خالی شدن سردل، تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد و...همراه است.تقریباً همه انسانها در طول زندگی خود برخی از علائم و نشانه‌های اضطراب را تجربه کرده‌اند.بررسی‌ها نشان می‌دهد که اضطراب در مردها و طبقات مرفه اقتصادی و جوانان کمتر و در زنان، افراد کم درآمد و سالمندان شایعتر است.(۱). شواهد به دست آمده از بررسی های اپیدمیولوژیک در نقاط مختلف دنیا نشان می‌دهد اختلال‌های خلقی در زنان دو برابر مردان می‌باشد و اوج آن در طول سالهای بارداری و زایمان است(۲). دوران بارداری اگرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است، اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید.به علاوه بروز یک رشته ناراحتی‌ها و مشکلات شایع مربوط به این دوره ،اثرات قابل ملاحظه‌ای بر وضعیت روانی زن باردار خواهد داشت(۳). تغییرات فیزیولوژیک در بارداری علاوه بر جسم، روح زن باردار را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین خلق مادر تغییر کرده و احساسات کلی اضطراب در این دوران شایعند. (۴). اگرچه اضطراب در حد کم عاملی سودمند جهت رعایت اعمال بهداشتی در مراقبتهای بهداشتی زنان باردار می باشد. ولی اضطراب شدید می‌تواند روی سازگاری آنها تأثیر گذاشته و حتی موجب عکس‌العمل منفی، ترس از کارکنان پزشکی و انصراف از مراجعه به پزشک گردد.(۵) با اولین احتمال حاملگی حتی با وجود علاقه شدید زن برای باردار شدن، عموماً ترس و اضطراب بر او مستولی می گردد. زنانی که برای اولین باربباردار شده اند ناگهان خود را در برابر مخاطرات ناشناخته بارداری، درد زایمان و جریان زایمان می بینند و بروز واکنش های متناقض خوشی و انزجار در آنها بصورت توأم شایع است.(۶). نگرانی در مورد بارداری و زایمان و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و همچنین افزایش سطح استرادیول خون از دلایل بالا بودن اضطراب در زنان باردار می باشد.(۷). نتایج مطالعات مختلف، شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری را بالاتر از ۳۰٪ نشان می‌دهد که در ایران ۶۴٪ می‌باشد. مشکلات روحی روانی دوران پره ناتال در بیش از ۹۰٪ از کشورهای با درآمد بالا مطالعه شده است در حالیکه در این زمینه تنها برای ۱۰٪ از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، اطلاعاتی موجود می باشد. (۸). مصلی نژاد و همکاران با بررسی ۲۱۴ زن باردار بیان داشتند ۹۰٪ زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بوده اند.(۹) . در مطالعه ای که علی پور و همکاران در مورد ۷۵۰ زن باردار نخست زا انجام دادند، ۶۳/۲٪ نمونه ها دارای اضطراب آشکار متوسط و ۴/۴۰٪ آنها دارای اضطراب آشکار شدید بودند وجود اضطراب در طی بارداری به شکل های متعددی می تواند باعث عوارض مختلف در مادر و جنین شود، از جمله این عوارض؛ تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، بروز مسمومیت حاملگی ،ادراک منفی مادر نسبت به زایمان و تولد، ترس های غیرضروری در مورد تولد بچه و مادر شدن، خوددرمانی با الکل یا محدودیت فعالیت می باشند.(۷). حالات عاطفی و اضطراب مادر در رشد جنین نیز تأثیر می‌گذارد، زیرا حالات هیجانی با تأثیر بر دستگاه عصبی مادر سبب آزاد شدن برخی مواد شیمیایی مثل استیل کولین و اپی‌نفرین شده و از طریق جفت به جنین منتقل می‌شود. اگر فشار و اضطراب، طولانی مدت باشد، حرکات جنین نیز شدیدتر شده و نوزاد زودتر از موعد متولد می‌شود و عوارضی همچون کم‌خونی، بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری زیاد، بدغذایی و...در چنین کودکانی بیشتر است.(۱). از عوارض مهم اضطراب که سبب افزایش مرگ و میر حوالی تولد می شود، طولانی شدن مراحل زایمان در اثر کاهش انقباض‌های مؤثر رحمی است، به طوریکه اضطراب با افزایش سطح کاتکول آمین ها و کورتیزول پلاسمای خون مادران منجر به کاهش جریان خون رحمی و برخی از

هورمون های مؤثر در انقباض های رحمی گشته و در نتیجه سبب هیپوتون شدن و تأثیر کمتر انقباض های رحمی می شود. به علاوه هیپوکسی ناشی از کاهش جریان خون عضلات لگنی، منجر به افزایش شدت درد مادران می گردد.(۱۰) اضطراب همچنین با افزایش سطح اپی نفرین و نوراپی نفرین باعث افزایش مقاومت عروق رحمی شده و می تواند منجر به کاهش رشد جنین، وزن کم تولد و مسمومیت بارداری شود.(۱۱). نوزاد مادران مبتلا به اضطراب زیاد در بارداری، بیشتر گریه می کنند و درمقایسه با نوزادان مادران غیرمضطرب ، تغییرات رفتاری بیشتری را نشان می دهند.(۱۲). تحقیقات اخیر نشان داده است خطر ایجاد شکاف کام و لب شکری در نوزادان مادران مضطرب بیشتر دیده می‌شود. همچنین اضطراب شدید مادر در دوران بارداری و بعد از زایمان،صدمات جبران‌ناپذیری بر ارتباط بین مادر و فرزند وارد می‌کند و توانایی‌های وی را در ایفای نقش مادری کاهش داده و حتی باعث کاهش تولید و ترشح شیر مادر می‌شود(۱). **Brouwers** و همکاران(۲۰۰۱) ذکر می‌کند سطوح بالای اضطراب در بارداری، نه تنها موجب افزایش خطر افسردگی و اضطراب در دوره بعد از زایمان می‌گردد بلکه در نوزاد نیز منجر به تحریک پذیری و گریه بیشتر، وضعیت ناپایدارتر و حتی انتقال به واحد مراقبت‌های ویژه می‌شود.(۱۳)

.

ارتباط تنگاتنگ بهداشت روانی با بهداشت جسمانی در رابطه با بارداری، ضرورت بکارگیری مکانیزم‌هایی در جهت برقراری بهداشت جسمانی و روانی در کنار یکدیگر را در این دوران نمایان می‌سازد.اهمیت بهداشت روانی در این دوران به اندازه‌ای است‌که محققین معتقدند بسیاری از مسائل دوران بزرگسالی از شرایط نامناسب دوران جنینی و کودکی منشأ می‌گیرد.بنابراین توجه خاص به بهداشت روان مادر در دوران بارداری می‌تواند ابزاری در جهت پیشگیری از مسائل دوران بزرگسالی باشد.(۱۴)

باور و عملکرد افراد در خصوص رفتارهای پیشگیرانه می تواند نقش به سزایی در تدوین برنامه های مداخلاتی مناسب داشته داشته باشد. الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به کار می‌رود (۱۵) . و از مهمترین الگوهای به کار گرفته شده در تدوین و طراحی برنامه های پیشگیری است.بر اساس این الگو تصمیم و انگیزه شخص در اتخاذ یک رفتار به ادراکات شخص در خصوص در معرض خطر بودن( حساسیت درک شده ) و جدیت آن(شدت درک شده )، اعتقاد وی به درک مفید بودن اقدام جهت کاهش خطر بیماری یا درک فواید حاصل از اقدام بهداشتی(منافع درک شده) با توجه به موانع آن و عوامل تعدیل کننده ای مانند مشخصات دموگرافیک و متغیرهای اجتماعی روانی مانند آگاهی برمی گردد. راهنماها برای عمل نیزاتخاذ رفتار بهداشتی را تسهیل می بخشند.(۱۶). این مدل بطور کلی بر روی تغییر در اعتقادات فرد تمرکز دارد و بر این باور است که تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می شود(۱۷).

از آنجا که بر اساس مطالعات انجام شده، زنان باردار اضطراب را مسئله‌ای طبیعی تلقی می‌کنند که خودبه خود بهبود می‌یابد و از عوارض نامطلوب آن روی جنین و نوزادشان و پیامد بارداری آگاه نیستند و یا اینکه خود را در رفع آن ناتوان می بینند و با توجه به اینکه در مراقبتهای معمول دوران بارداری، در این زمینه اطلاعاتی دریافت نمی کنند و با توجه به اهمیت بررسی مسئله اضطراب در بارداری، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت اضطراب در زنان باردار نخست زا مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.امید است که نتایج حاصل از آن بتواند در برنامه ریزی مسئولین جهت ارتقاء سلامت روان زنان باردار مفید واقع شود.

## روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل ۸۸ زن باردار نخست زای مراجعه کننده به درمانگاههای بهداشتی شهرستان دورود بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ بارداری اول، بودن در سه ماهه اول بارداری(از زمان تشخیص بارداری تا ۱۲ هفته

بارداری)، تک‌قلویی، نداشتن سابقه سقط و نازایی، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم مصرف دارو، نداشتن بیماری مزمن، نداشتن حاملگی پرخطر، نداشتن سابقه بیماری های روانی و مراجعه به روانپزشک، نداشتن سابقه افسردگی قبل از بارداری و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ حاملگی ناخواسته و ابتلا به بیماریهای روحی و روانی خاص بود. اطلاعات بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد که در قسمت آگاهی ۹۳٪ و در قسمت سازه های مدل اعتقاد بهداشتی ۸۳/۷٪ و درقسمت عملکرد ۷۵/۴٪ به دست آمده و اعتبار این پرسشنامه تأیید شد. برای سنجش روایی پرسشنامه از نظرات اساتید رشته های آموزش بهداشت و مامایی استفاده شدو اصلاحات لازم با اضافه و حذف کردن تعدادی از سؤالات انجام و در نهایت روایی آن تأیید گردید. این پرسشنامه شامل چهار قسمت بود.بخش اول در برگیرنده سؤالات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال بود.بخش دوم سؤالات مربوط به آگاهی، بخش سوم سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و بخش چهارم عملکرد را شامل می شد.بخش آگاهی شامل ۲۲ سؤال بود که به صورت بلی،خیر و نمی دانم طراحی شد.نحوه نمره دهی به سؤالات آگاهی به این شکل بود که به گزینه خیر نمره ۱،نمی دانم نمره ۲ و بلی نمره ۳ تعلق گرفت. سازه های مدل دربرگیرنده؛ ۹ سؤال در قسمت حساسیت درک شده، ۱۰ سؤال شدت درک شده،۱۲ سؤال منافع درک شده، ۱۲ سؤال موانع درک شده،۶ سؤال خودکارآمدی و ۵ سؤال راهنمای عمل بود. نحوه نمره دهی در خصوص سؤالات مربوط به سازه های مدل بر مبنای طیف مقیاس لیکرت صورت گرفت (موافقم= ۴، تا حدی موافقم=۳، تا حدی مخالفم=۲ و مخالفم=۱). بخش سنجش عملکرد شامل ۵ سؤال بود که به شکل بلی و خیر طراحی شد به طوریکه به گزینه خیر نمره ۱ و به گزینه بلی نمره ۲ تعلق گرفت. لازم به ذکر است که جهت سهولت مقایسه کلیه نمرات بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید. برای انجام کار به این شکل بود که با کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه معرفی‌نامه، به درمانگاههای انتخاب شده مراجعه کرده و بعد از توضیح اهداف طرح، پرسشنامه ها در بین نمونه ها توزیع شدند و راهنمایی های لازم برای چگونگی پر کردن پرسشنامه به آنها داده شد و همچنین در مدت پر کردن پرسشنامه محقق در محل حضور داشته و به سؤالات نمونه ها پاسخ داده شد.. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS(20) شده و با آزمونهای آماری توصیفی ، همبستگی اسپیرمن و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. اطلاعات در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

## یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن است که نمونه ها با میانگین سنی۴/۸۵ ± ۲۴/۰۵ در رده سنی ۳۸-۱۵ سال قرار داشتند. ازلحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم(۴۴/۳۲٪ ) و کمترین فراوانی مربوط به بی سواد (۱/۱۴٪) بوده است. از لحاظ وضعیت شغلی ۲۲/۷۲٪ افراد شاغل بودند. همچنین بیشتر از نیمی از افراد(۵۷/۹۵٪ ) از نظر وضعیت اقتصادی در حد متوسط بودند.(جدول ۱)

نتایج نشان داد که میانگین نمره آگاهی در زنان باردار نخست زا ۲۴/۰۵ ± ۳۱/۱ بود. همچنین میانگین نمره حساسیت درک شده ۲۹/۹۰± ۳۵/۵ ، شدت درک شده ۲۹/۳۶ ± ۲۹/۰۳ ، منافع درک شده ۲۶/۴۴ ± ۴۲/۴۹، موانع درک شده ۳۱/۳۸ ±۲۴/۲۴ ، خودکارآمدی ۳۱/۹۴ ± ۳۰/۰۷ و راهنمای عمل ۳۳/۰۹± ۲۲/ ۲۲، در زنان باردار مورد بررسی می باشد. میانگین نمره عملکرد در این زنان نیز ۴۰/۲۱ ± ۲۹/۸۸ بدست آمد.(جدول شماره ۲).

آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معناداری را بین آگاهی زنان باردار نخست زا در مورد اضطراب و سن آنها نشان داد (**P**<۰,۰۰۵). ولی بین سن با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل ؛ حساسیت درک شده و شدت درک شده ،منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل ارتباط معناداروجود نداشت..همچنین بین سن و عملکرد زنان

باردار در خصوص اضطراب بارداری رابطه معناداری دیده نشد. .(جدول ۳)

نتایج این مطالعه نشان داد که بین آگاهی زنان باردار نخست زا در مورد اضطراب و میزان تحصیلات آنها ارتباط معنادار وجود ندارد.همچنین آزمون همبستگی اسپیرمن رابطه معناداری بین میزان تحصیلات با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل ؛ حساسیت درک شده و شدت درک شده ،منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی نشان نداد.در حالیکه بین میزان تحصیلات و راهنمای عمل رابطه معنادار دیده شد( **P=0.01**).همچنین بین میزان تحصیلات و عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب بارداری رابطه معنادار وجود نداشت. .(جدول ۳)

بر اساس نتایج این مطالعه بین آگاهی زنان باردار نخست زا در مورد اضطراب و میزان درآمدآنها ارتباط معنادار وجود نداشت. همچنین بین میزان درآمد با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل ؛ حساسیت درک شده و شدت درک شده ،منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل ارتباط معنادار دیده نشد. بین میزان درآمد و عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب بارداری نیز رابطه معنادار وجود نداشت. .(جدول ۳)

**جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک در زنان باردار نخست‌زا**

| متغیر | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| | بی سواد | ۱ | ٪۱/۱۴ |
| | زیر دیپلم | ۲۴ | ٪۲۷/۲۸ |
| میزان تحصیلات | دیپلم | ۳۹ | ٪۴۴/۳۲ |
| | لیسانس | ۲۰ | ٪۲۲/۷۲ |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۴ | ٪۴/۵۴ |
| | خوب | ۲۵ | ٪۲۸/۵ |
| وضعیت اقتصادی | متوسط | ۵۱ | ٪۵۷/۹۵ |
| | ضعیف | ۱۲ | ٪۱۳/۶۴ |
| وضعیت اشتغال | شاغل | ۲۰ | ٪۲۲/۷۲ |
| | غیر شاغل | ۶۸ | ٪۷۷/۲۸ |

**جدول ۲: میانگین نمرات( ۱۰۰-۰) آگاهی،سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد در زنان باردار نخست زا در خصوص اضطراب بارداری**

| متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|
| آگاهی | ۳۱/۱ | ۲۴/۰۵ |
| حساسیت درک شده | ۳۵/۵ | ۲۹/۹۰ |
| شدت درک شده | ۲۹/۰۳ | ۲۹/۳۶ |
| منافع درک شده | ۴۲/۴۹ | ۲۶/۴۴ |
| موانع درک شده | ۲۴/۲۴ | ۳۱/۳۸ |
| خودکارآمدی | ۳۰/۰۷ | ۳۱/۹۴ |
| راهنمای عمل | ۲۲/۲۲ | ۳۳/۰۹ |
| عملکرد | ۲۹/۸۸ | ۴۰/۲۱ |

**جدول ۳: رابطه بین آگاهی،سازه های مدل اعتقادبهداشتی و عملکرد زنان باردار نخست زا در خصوص اضطراب بارداری با متغیرهای دموگرافیک**

| سازه های مدل اعتقادبهداشتی | سن | | تحصیلات | | وضعیت اقتصادی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | r | P | r | P | r | P |
| آگاهی | ۰/۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۴ | ۰/۶ | -۰/۱ | ۰/۳۴ |
| حساسیت درک شده | ۰/۰۷ | ۰/۵ | -۰/۱۵ | ۰/۱۵ | ۰/۱۲ | ۰/۲۶ |
| شدت درک شده | ۰/۰۶ | ۰/۵۸ | -۰/۱۸ | ۰/۰۹ | ۰/۰۲ | ۰/۸۲ |
| منافع درک شده | ۰/۱۳ | ۰/۲۳ | -۰/۱۲ | ۰/۲۵ | ۰/۱۴ | ۰/۲ |
| موانع درک شده | ۰/۱۳ | ۰/۲۳ | -۰/۱۶ | ۰/۱۳ | ۰/۰۲ | ۰/۷۹ |
| خودکارآمدی | ۰/۱۸ | ۰/۰۹ | -۰/۰۵ | ۰/۶ | -۰/۱ | ۰/۳۳ |
| راهنمای عمل | ۰/۰۷ | ۰/۴۹ | -۰/۲۵ | ۰/۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۵۳ |
| عملکرد | ۰/۱ | ۰/۳۴ | -۰/۱۱ | ۰/۲۹ | -۰/۰۱ | ۰/۹۲ |

## بحث

بارداری برای زن و خانواده او یک تجربه منحصر به فرد است. تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری علاوه بر جسم، روح و روان زن باردار را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین خلق مادر تغییر کرده و احساسات کلی اضطراب در این دوران شایعند.با توجه به عوارض نامطلوب و جبران ناپذیر اضطراب بر مادر،جنین و پیامد بارداری، این مطالعه با هدف بررسی اضطراب در زنان باردار نخست زا مبتنی بر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد. متأسفانه مطالعه ای که اضطراب را بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بررسی کرده باشد، تا به حال انجام نشده است و با توجه به اینکه مدل اعتقاد بهداشتی  می تواند در ارزیابی و شناسایی نیازهای موجود و طراحی برنامه های مداخلاتی در این زمینه مفید باشد، جای چنین مطالعاتی در زمینه سلامت روان زنان باردار خالی می باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره آگاهی زنان باردار در مورد اضطراب و عوارض آن بسیار پایین می باشد.که می تواند ناشی از بی توجهی مراکز بهداشتی درمانی به این مسئله و سلامت روان زنان باردار باشد. بیشترین علت اضطراب زنان بویژه اگر بارداری اول را تجربه می کنند،از ناآگاهی و اطلاعات کم آنها در مورد وقایعی است که طی بارداری و زایمان پیش می آید. آنها با هجومی از اطلاعات و اندرزهای اعضای خانواده بویژه افراد مسن روبرو می شوند و خود را سردرگم و غرق در انبوهی از اطلاعات ضد و نقیض و گنگ می بینند و نیاز دارند تا با کسی صحبت کنند که به او اعتماد داشته تا بتوانند سؤالات خود را به راحتی مطرح کرده و مطمئن باشند که اطلاعات درست دریافت می کنند. ولی متأسفانه امروزه اکثر پزشکان زنان و مراکز بهداشتی و درمانی به علت کثرت مراجعین و... در دادن مشاوره های لازم به زنان باردار کم کاری می کنند و هنوز اهمیت این مسئله را درک نکرده اند.. به علت ناآگاهی آنها و عدم دسترسی کافی به منابع اطلاع رسانی معتبر و قابل اعتماد که بتواند آنها را به درستی راهنمایی کند، به سادگی از پیگیری این موضوع می گذرند و هیچگونه اقدامی جهت رفع این اضطرابی که معمولاً برایشان عذاب آور است نمی کنند. تمام این دوران را پر از استرس و اضطراب و نگرانی طی می کنند بی آنکه متوجه باشند که این اضطراب تا چه میزان می تواند برای خود و جنین شان خطرناک باشد.اگر زنان باردار و خانواده شان آگاه باشند که اضطراب دوران بارداری سبب چه مخاطراتی در

جنین(وزن کم تولد، افزایش مرگ و میر هنگام تولد، زایمان زودرس و...) و یا در نوزاد آینده شان(بیش فعالی، کاهش شاخص های رشد، کم خونی و اختلالات خلقی و...) خواهد شد، قطعاً جهت رفع این مشکل اقدام خواهند کرد.

**Charron** در مطالعه خود تأکید می کند که مداخلات با تمرکز بر تغییر باورهای بهداشتی و افزایش آگاهی، می تواند در ترویج رفتار بهداشت باروری مثبت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت مؤثرباشد(۱۸).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد حساسیت زنان باردار در خصوص اضطراب این دوران بسیار پایین است و بیشتر زنان باردار با این تصور غلط روبرو هستند که اضطراب مسئله ای است که به طور طبیعی در همه بارداری ها رخ می دهد و بنابراین خود به خود بهبود یافته و نیاز به درمان و پیگیری ندارد. در این جا مهمترین مسئله، ایجاد حساسیت در مادران باردار است که از این مسئله سطحی نگذرند و آگاه باشند که اضطراب آنها می تواند علاوه بر رنج و عذاب برای خودشان، عوارض نامطلوبی در جنین ایجاد کند که حتی تا سالها بعد از تولد ادامه یابد. بر اساس نتایج بدست آمده ،میزان شدت درک شده زنان باردار در خصوص اضطراب حتی از حساسیت درک شده آنها هم کمتر است که می تواند زنگ خطری برای سیستم بهداشتی درمانی باشد. مسلما تا زمانی که زنان باردار و البته خانواده آنها خطرات اضطراب و عوارض شدید آن روی مادر و جنین و پیامد بارداری را ندانسته و درک نکنند، اقدامی جهت رفع آن نخواهند کرد.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد میانگین نمره منافع درک شده زنان باردار در حد پایین بود که این بیانگر درک ضعیف زنان باردار از منافع برطرف شدن اضطراب در طول بارداریشان می باشد..با توجه به اینکه افزایش منافع درک شده می تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتار مضر بهداشتی داشته باشد، پیشنهاد می شود در مراقبتهای دوران بارداری بر نقش مهم کاهش اضطراب در داشتن یک بارداری و زایمان سالم، رشدو سلامت جنین و ایجاد روابط عاطفی بهتر و خوشایندتر با جنین، همسر و خانواده تأکید شود.

میانگین نمره موانع درک شده بر اساس نتایج این مطالعه نیز پایین به دست آمد. مطالعات انجام شده نشان داده است که موانع درک شده مهم ترین جزء مدل باور بهداشتی درانجام رفتارهای توصیه شده است( ۱۹). دراین مطالعه از جمله موانعی که زنان باردار در خصوص کاهش اضطراب با آن مواجه بودند، صحبت کردن در مورد اضطراب بارداریشان با همسر و خانواده بود که آن را سخت می دانستند و تصور می کردند که حرف زدن در مورد این مسئله نه تنها کمکی به رفع آن نمی کند حتی باعث افزایش اضطرابشان می شود، البته اکثریت قابل توجهی از آنها از عکس العمل خانواده و مسخره دانستن این مسئله از جانب آنها ترس داشتند.همچنین نمی دانستند که باید کجا مراجعه کنند ویا آیا کسانی هستند که به آنها در برطرف شدن این مشکل کمک کنند،تصورشان از گران بودن و وقت گیر بودن روشهای کاهش اضطراب هم از دیگر موانع بود که می توان به آن اشاره کرد که پیشنهاد می شود در مراقبتهای دوران بارداری در این خصوص راهنماییهای لازم را دریافت کنند.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که نمره خودکارآمدی زنان باردار در خصوص اضطراب این دوران پایین است. اکثریت زنان باردار در خود توانایی یادگیری و انجام روشهای کنترل اضطراب و غلبه بر آن را نمی دیدند و حتی در توانایی خود برای صحبت کردن در مورد این مسئله با همسر و خانواده شان تردید داشتند که پیشنهاد می شود با انجام مشاوره و برگزاری کلاسهایی در جهت تقویت خودکارآمدی آنها اقدام شود.

بر اساس نتایج مطالعه ما میانگین نمره راهنمای عمل۳۳/۰۹± ۲۲/ ۲۲ به دست آمد که بسیار پایین است از آنجا که راهنما برای عمل پیشگویی کننده قوی ای برای انجام رفتار مورد نظر بهداشتی می باشد، پیشنهاد می شود با آگاه سازی مراکز ارائه دهنده مراقبتهای دوران بارداری از اهمیت این مسئله جهت راهنمایی زنان باردار و همچنین استفاده از کتابچه های آموزشی و جلب همکاری همسران در این زمینه باعث بهبود این مسئله گردید.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که میانگین نمره عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب این دوران بسیار پایین بود. اکثریت زنان باردار بیان کردند که در صورت بروز اضطراب جهت برطرف کردن آن اقدام خاصی انجام نمی دهند، حتی در مورد آن با همسر و خانواده شان هم صحبت نکرده و به اصطلاح آن را تحمل میکنند. واژه مشاور برای اکثر آنها در این زمینه بسیار غریبه و نا آشنا بود. مشاوره و آموزش توسط کادر پرستاری و مامایی، یکی از مداخلاتی است که به عنوان پیشگیری از اضطراب بارداری مطرح شده است و راهنمای خوبی برای مادران در زمینه بهداشت بارداری می باشد.سازمان بهداشت جهانی، آموزش را جزء کلیدی مراقبت های دوران بارداری ذکر می کند.(۲۰) که پیشنهاد می شود در مراقبتهای دوران بارداری به این مسئله توجه شود.

آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معناداری را بین آگاهی زنان باردار نخست زا در مورد اضطراب و سن آنها نشان داد. این نتیجه منطقی به نظر می رسد زیرا یکی از خطرات سن پایین زنان برای بارداری، آگاهی کم آنها در مورد این مسئله مهم و خطرات و عوارض آن از جمله اضطراب می باشد.انچه مسلم است با افزایش سن،میزان آگاهی افراد نیز افزایش می یابد. مطالعه شجاعی زاده و همکاران در مورد پیشگیری از پوکی استخوان با توجه به الگوی اعتقاد بهداشتی، ارتباط معنادار بین آگاهی و سن را تأیید می کند و با مطالعه ما همخوانی دارد.(۲۱). همچنین نتایج نشان داد که بین آگاهی زنان باردار نخست زا در مورد اضطراب و میزان تحصیلات آنها ارتباط معنادار وجود ندارد که با یافته های عبادی فرد آذر در خصوص آموزش مادران در مورد چاقی کودکانشان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی که عنوان می کند بین میزان تحصیلات و درک وآگاهی مادران ارتباط معنادارهست همخوانی ندارد.(۲۲)

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد بین میزان تحصیلات زنان باردار و راهنمای عمل در خصوص اضطراب بارداری رابطه معنادار وجود دارد.می توان گفت افزایش میزان تحصیلات زنان باردار باعث توجه بیشتر آنها به راهنماهای عمل شده و یا حتی طالب آن می شوند.البته بین میزان تحصیلات و عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب بارداری رابطه معنادار وجود نداشت، یعنی علی رغم وجود آگاهی و دسترسی به راهنما برای عمل ،اقدامی در جهت کاهش اضطراب صورت نمی گیرد که می توان تأثیر متغیرهای دیگر از جمله حساسیت و شدت درک شده را درخصوص عملکرد در این مورد مهمتر دانست. در مطالعه حاضر بین میزان تحصیلات و خودکارآمدی رابطه معنادار مشاهده نشد در حالیکه در مطالعه تقدیسی در ارزیابی زنان باردار در زمینه عفونتهای بارداری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بین خودکارآمدی و میزان تحصیلات ارتباط معنادار نشان داده شده است که با مطالعه ما همخوانی ندارد.(۲۳ ).

در این مطالعه بین وضعیت اشتغال زنان باردار و راهنمای عمل رابطه معنادار مشاهده شد.شاید حضور در اجتماع به واسطه شاغل بودن از جمله دلایلی باشد که زنان باردار در معرض راهنماهای عمل بیشتری باشند. اما بر اساس نتایج به دست آمده بین وضعیت اشتغال و عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب بارداری رابطه معناداری مشاهده نشد که میتواند ناشی از بی توجهی آنها به مسئله مهمی مثل اضطراب بوده و یا نیاز به متغیرهای دیگری چون حساسیت و شدت درک شده و ... جهت عملکرد در این زمینه باشد.همچنین نتایج این مطالعه بین وضعیت اشتغال زنان باردار و خودکارآمدی آنها ارتباط معنادار نشان نداد که با مطالعه تقدیسی در ارزیابی زنان باردار در زمینه عفونتهای بارداری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی همخوانی دارد.(۲۳ )

## نتیجه‌گیری

مراقبت های قبل از زایمان فرصت مغتنمی است تا ناراحتی های هیجانی زن باردار، مورد مطالعه، پیشگیری و درمان قرار گیرد. ماما یا پزشک می تواند با آموزش و بالا بردن سطح اطلاعات، مشارکت ارزنده در سلامت روانی و نشاط زن و خانواده او داشته باشد.در آغاز حاملگی و زمانی که مادران مردد و در مرحله تناقض هستند، ماما یا پزشک باید با آموزش

آنان، احساس خشم و اضطراب در آنها را کاهش دهند. به طور کلی عملکرد خانواده و ماما در فرآیند پذیرفتن حاملگی مؤثر است و نیز نقش مؤثری در کاهش اضطراب و نگرانی این دوران دارد.(۶)

متأسفانه در کلاسهای آمادگی قبل از زایمان جای آموزشهای مربوط به سلامت روان زنان باردار خالی است و از آنجا که سلامت روانی مادران باردار به همان اندازه سلامت جسمانی آنها مهم است و حتی می تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به عوارض نامطلوب و خطرناکی که اضطراب می تواند برای یک زن باردار و جنین یا نوزادش ایجاد کند، دادن اطلاعات کافی و درست توسط یک منبع قابل اعتماد در مورد تأثیر اضطراب بر سلامت مادر و جنین و پیامد بارداری می‌تواند سبب اقدام به موقع جهت برطرف نمودن اضطراب و پیشگیری از عوارض خطرناک آن گردد و بدین ترتیب گامی در جهت افزایش سلامت مادران و نوزادان و در نتیجه سلامت خانواده و جامعه خواهد بود.

## References


1. Ghazavi H, Ahadi M, Aghasi Yazdi Z, Behzadmehr A. Anxiety in pregnancy .Journal of Raze Behzistan 2008;17(35):19-21. [In Persian]
2. Bahadoran P, Alibeigi MN. Stress and anxiety in pregnancy. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2005; 10(2).
3. Mardanihamule M, Ebrahimi E. Mental Health Status of Pregnant Women Referring to Shahinshahr Health Care Centers. Journal of Bouyeh Gorgan Faculty of Nursing & Midwifery 2010; 7(17): 27-33 [In Persian]
4. Asefi F. The effect of delivery preparation classes on positive emotion and attitude of pregnant women reffered to Isfahan Health centers about delivery methods. [MSc Thesis]. Isfahan, Isfahan University of medical sciences, 2010.
5. Ahadi M, Taavoni S, Ganji T, Hosseini F. Comparison of Maternal Anxiety between Primigravid Women and Pregnant Women with the History of Previous Fetal or Neonatal Death. Iran Journal of Nursing 2006; 19(47): 49-55.
6. Nasiri M. Pregnancy & Childbirth Mental Health. Tehran: Boshra publication; 2000.
7. Bazrafshan MR, Ghorbani Z. The Effect of Slow Stroke Back Massages on Anxiety among Primigravid Women. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery 2010; 16(1): 34-40. [In Persian]
8. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during Pregnancy: A Risk Factor for Neonatal Physical OUTCOME. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2011; 9(1): 30-8.[In Persian]
9. Mosalanejad L, Kheshti A, Gholami E. The Assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factors in Jahrom. Journal of Jahrom Medical School 2007;5(5): 22-9. [In Persian]
10. Motevally E, Faizi Z, Ganji T, Haghani H. Effect of watching childbirth by videotape on anxiety level of primigravid mothers. Iran Journal of Nursing 2003; 15-16(32-33): 100-04. [In Persian]
11. Nasiri Amiri F, Salmalian H, Hajiahmadi M, Ahmadi AM. Association between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth. Journal of Babol University of Medical Sciences 2009; 11(4): 42-8. [In Persian]
12. Sedaghati P, Khalaji H, Kuzechian H. The effect of a period of regular physical activity on anxiety levels of pregnant women in second and third trimester of pregnancy. Journal of Harekat 2005; 24:115-27 [In Persian]
13. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. Maternal Anxiety during pregnancy and subsequent infant development. Journal of infant behavior development 2001(24):95-106.
14. Moein Z. Mental health of mothers during pregnancy. Tehran: Cultural Affairs and Prevention publication; 2001
15. Glance K, Marcus F, Barbara L. Health Behavior and Health Education (Theory, Research, Operation). Trans. Shafiei F .Tehran: Ladan publication; 1997. P. 68-84

16. Shojaezadeh D, Mehrabbaic A, Mahmoodi M, Salehi L. To evaluate of efficacy of education based on health belief model on knowledge, attitude and practice among women with low socioeconomic status regarding osteoporosis prevention. Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7(2): 30-7.
17. Khazaie pool M, Ebadiazar F, Solhi M, Asadi lari M, Abdi N. Study in the Effect of Education Through Health Belief Model on the Perceptions of Girl Students in Primary School about Breakfast and Snack in Noshahr-2007. Toloo e Behdasht 2008; 7(1-2): 51-63. [In Persian]
18. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH, etal. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the. Expanded Health Belief Model. Health Promotion & Development, School of Nursing, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA Pediatr Diabetes 2001; 2(1):30-9.
19. Ashtari Mahini M. The effects of education on sexual deasies prevention on health belief model in couple refer to health centers of Tehran University of medical sciences. [MSc Thesis]. Tehran, Tehran University of Medical Sciences, 2005.
20. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effects of attachment behaviors education on anxiety and attachment of mother to baby at first pregnancy. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery 2011; 17(3): 69-79.
21. Shojaezadeh D, Mehrabbaic A, Mahmoodi M, Salehi L. To Evaluate of Efficacy of Education based on Health Belief Model on Knowledge, Attitude and Practice among Women with Low Socioeconomic Status Regarding Osteoporosis Prevention. Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7(2): 30-7.
22-Ebadifard AF, Solhi M, Pakpur hajiagha A, Yekaninejad MS. The impact of health education through Health Belief Model (H.B.M) on mother's perceptions about obesity children obese male student in elementary schools (17th district, Tehran City). Journal of Health Administration 2006; 8(22): 7-14.
23. Taghdisi MH, Nejadsadeghi E. Evaluation of pregnant women in the field of Urinary Tract Infection according to the components of Health Belief Model. Journal of Jahrom Medical School 2011; 8(4): 36-42. [In Persian]

# The survey of Health Belief Model (HBM) constructs regarding pregnancy anxiety in nuliparous women

Sahar Sabooteh[1], Hossein Shahnazi[2], Gholamreza Sharifirad[3], Akbar Hassanzadeh[4]

**Original Article**

**Abstract**

**Background:** Pregnancy is a unique experience for woman and her family. Beside her body Physiological changes in pregnancy influence emotion of pregnant woman. Therefore, emotion of mother has changed which is result in anxiety feeling. According to unfavorable impact of anxiety on mother, fetus and outcome of pregnancy, this study designed to consider anxiety in nuliparous women based on HBM constructs.

**Methods:** This is a cross- sectional study. Study population was 88 randomly selected women from Dourood health centers. Data gathering tool was a valid and reliable self-administered questionnaire. Gathered information were analyzed with independent T test, Pearson and spearman correlation and ANOVA statistical tests using SPSS-20 software in $P<0.05$ significant level.

**Findings:** This study results showed that, the mean score of knowledge of pregnant women regarding anxiety was 31.1± 24.05. In case of HBM constructs, the mean scores of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self- efficacy, cues to action and behavior were: 35.5±29.90, 29.03±29.36, 42.49 ±26.44, 24.24±31.38, 30.07±31.94, 22.22±33.09, and 29.88±40.21 respectively.

**Conclusion:** Results of this study showed low scores in knowledge and HBM constructs and behavior of pregnant women regarding anxiety. To consider of anxiety in pregnancy because of its different and severe side effects, it is recommended that, related stakeholders try to design and implement educational programs based on HBM to decrease anxiety in pregnant women.

**Keywords:** Anxiety, Health Belief Model, Nuliparous women

**Citation:** Sabooteh S, Shahnazi H, Sharifirad GH, Hassanzadeh A. **Fathers' Subjective Norms, Normative Beliefs and Motivation to Comply Regarding Prevention of Children Tendency toward Addictive Drugs.** J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: **1746-1756.**

**Received date: 05/08/2013** **Accept date: 12/12/2013**

1. MSc Student of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Qum University of Medical Sciences, Qum, Iran (Corresponding Author) Email: sharifirad_gh@yahoo.com

4 Instructor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran