

ارزشیابی تأثیر آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری زنان باردار معنادار

فاطمه هنری^۱، محمدرضا میری^۲، بی بی نوگس معاشری^۳

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از مواد مخدر در دوران بارداری، از مهمترین نگرانی‌های سلامت است. انجام مراقبت‌های دوران بارداری در مادران معنادار از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و لازم است مداخلات آموزشی در این زمینه انجام شود. مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی تأثیر آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری در زنان معنادار انجام شد. روش تحقیق: مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی شده بود که بر روی ۴۶ زن باردار معنادار واجد معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. در این مطالعه، افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای روایی شده و پایا برای سنجش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. پرسشنامه؛ قبل، بلافاصله و دو ماه پس از مداخله برای افراد دو گروه تکمیل شد. مداخله شامل ۶ جلسه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود که برای افراد گروه آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) و با کمک آزمون‌های آماری تی مستقل، آزمون دقیق فیشر، آنالیز واریانس تکرار شونده و تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌ها: نتایج، افزایش معنی‌داری را در میانگین تغییرات نمره نگرش، قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک شده، قبل و بلافاصله بعد از مداخله در افراد گروه آزمون نسبت به گروه شاهد نشان داد ($P < 0/05$)؛ همچنین میانگین تغییرات کنترل رفتاری درک شده، قبل و دو ماه بعد از مداخله در افراد گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را بر سازه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری مرتبط با انجام مراقبت‌های دوران بارداری نشان داد. واژه‌های کلیدی: زنان معنادار؛ مراقبت‌های دوران بارداری؛ سوء مصرف مواد؛ تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۵؛ ۲۳ (۱): .

دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

^۲ نویسنده مسؤل؛ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند - خیابان آیت الله غفاری - دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۵۶۳۲۳۹۵۳۴۹. شماره: ۰۵۶۳۲۳۸۱۱۳۲. پست الکترونیکی: miri_moh2516@yahoo.com

^۳ مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

سقط خودبه‌خودی، تولد نوزاد با وزن کم، تأخیر رشد داخل رحمی جنین، مرگ و میر پری‌ناتال، دکولمان جفت، آنومالی‌های مادرزادی جنین و دیسترس جنینی می‌شود (۸)، (۹). همچنین انفارکتوس حاد میوکارد، آریتمی‌ها، پاره‌شدن آئورت، سکتة مغزی، تشنج، ایسکمی روده، هیپوترمی، پره‌اکلامپسی، ادم حاد ریه، مرگ ناگهانی مادر، هیپوگلیسمی گذرا و تاکی‌پنه در نوزادان، از دیگر عوارض مصرف مواد مخدر در طی بارداری هستند (۱۰).

ناتوانی در پرداخت هزینه مراقبت‌های بارداری، دیر متوجه‌شدن حاملگی، فقدان اعتماد به این مراقبت‌ها، فقدان اعتماد به نفس، برداشت غلط فردی یا فرهنگی از اهمیت مراقبت‌های قبل از تولد و موانع مذهبی یا فرهنگی، از دلایل شایعی است که زنان باردار برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری اقدام نمی‌کنند (۴). همچنین استانداردهای پایین خانوار و عدم آگاهی از عوارض اعتیاد در حین بارداری، از موانع استفاده از مراقبت‌های بارداری عنوان شده‌اند (۱۱)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه سهیلی و همکاران از ۷۴ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان مصطفی خمینی شهر ایلام، ۴۹ نفر (۶۶/۲ درصد) فاقد آگاهی مناسب از عوارض اعتیاد به مواد مخدر در حین بارداری بودند (۱۲). اگرچه تعداد زنان باردار معتاد اندک است، اما با توجه به نتایج پری‌ناتال، جزء گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند؛ در نتیجه باید برنامه‌های آموزشی، بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری متمرکز شود (۱۳).

با توجه به اهمیت نگرش در انجام مراقبت‌های دوران بارداری، استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند چارچوب نظریه‌ای مفیدی برای پیش‌بینی انجام مراقبت‌های دوران بارداری زنان معتاد ارائه دهد. بر اساس این تئوری، عوامل مؤثر بر انجام یک رفتار خاص شامل: نگرش، هنجارهای ذهنی درک‌شده، قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک‌شده می‌باشد. نگرش، نشان‌دهنده باور مثبت یا منفی فرد در مورد شکل‌گیری یک رفتار خاص می‌باشد؛ در حالی که

مراقبت‌های دوران بارداری یکی از شاخص‌های مهم طب پیشگیری محسوب می‌شود و عبارت است از یک نظارت نظام‌مند که شامل انجام معاینه و مشاوره در مورد مسائل ضروری بارداری، دادن اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از مادر باردار و خانواده او، برطرف کردن نارضایتی جزئی دوران بارداری و تهیه یک برنامه غربالگری مداوم کلینیکی و آزمایشگاهی برای تأیید کم‌خطر بودن حاملگی است (۱). این مراقبت‌ها، مؤثرترین عامل در بهبود نتایج بارداری و ایجاد اطمینان برای سلامتی مادر و کودک در آینده می‌باشد (۲).

این در حالی است که سالانه تقریباً ۶۰۰ هزار زن در جهان به دلیل عوارض بارداری و زایمان، جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۹۹ درصد آنها مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۳). بیش از ۶۰ میلیون زن که از مرگ نجات پیدا می‌کنند، از عوارض بارداری و زایمان، آسیب دیده و رنج می‌برند و از این تعداد، حدود ۱۸ میلیون نفر دچار ناتوانی درازمدت می‌گردند (۴) که این امر، ناشی از نبود مراقبت‌های کافی و منظم در زمان بارداری است. در همین راستا، در مطالعه‌ای که در آرژانتین به‌منظور بررسی علل مرگ و میر شیرخواران انجام گرفت، بیشترین عامل خطر، فقدان ارائه مراقبت‌های کافی حین بارداری بوده است (۵). زمانی این خطر بیشتر می‌شود که زنان در حالی که معتاد به مواد مخدر هستند، جنینی را در بطن خود پرورش داده و نوزادی را به دنیا آورند.

در مطالعه رمضان‌زاده شیوع سوء مصرف مواد مخدر در زنان باردار شهر تهران، ۱/۴ درصد و در مطالعه Wachman و همکاران، که در بوستون انجام شد، ۷/۳ درصد بود (۶، ۷). معمولاً افراد معتاد به مواد مخدر در طبقات پایین اجتماعی و اقتصادی قرار دارند و برای مراقبت‌های دوران بارداری کمتر مراجعه می‌کنند؛ بنابراین حاملگی در این افراد اغلب با عوارض زیاد همراه است. تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف مواد مخدر در دوران بارداری سبب زایمان زودرس، شیوع

روش تصادفی بلوکینگ استفاده شد؛ بدین صورت که از قبل، به تعداد حجم نمونه پیش‌بینی شده، کارت‌هایی یک‌شکل تهیه و روی نیمی از آنها عبارت آزمون و روی نیمی دیگر عبارت شاهد نوشته شد. این کارت‌ها به‌طور نامنظم به طوری که نوشته روی کارت مشخص نباشد، در پاکتی قرار گرفت. برای هر فرد به‌محض شناسایی و پس از توضیح اهداف مطالعه و تشویق به همکاری در مطالعه، پرسشنامه مورد نظر به‌روش مصاحبه تکمیل و به‌صورت تصادفی یک کارت از داخل پاکت برداشته می‌شد. چنانچه فرد به گروه آزمون تخصیص می‌یافت، مداخله آموزشی را نیز دریافت می‌کرد. بلافاصله و دو ماه پس از اتمام مداخله، پرسشنامه برای افراد دو گروه به‌طور مجدد تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته شامل: اطلاعات جمعیت‌شناختی، سازه نگرش (۱۴ سؤال)، سازه هنجارهای ذهنی (۸ سؤال)، قصد رفتاری (۸ سؤال) و سازه رفتار (۵ سؤال) بود. سؤالات مربوط به سازه‌ها (به جزء سازه رفتار) بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از یک تا ۵ نمره‌گذاری شد. طیف نمرات سازه نگرش از ۷۰-۱۴ و سازه‌های هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری از ۴۰-۸ بود. سازه رفتار شامل ۵ سؤال در زمینه انجام مراقبت‌های بارداری، سونوگرافی، آزمایشات دوران بارداری، مصرف مکمل‌ها (اسید فولیک، قرص آهن و مولتی ویتامین) و تمایل به آگاه‌نمودن پرسنل بیمارستان یا تسهیلات زایمانی در زمان زایمان از اعتیاد خود بود. در صورت انجام کامل رفتار موردنظر «نمره ۲»، انجام ناقص «نمره یک» و عدم انجام «نمره صفر» به آن تعلق می‌گرفت. در سؤال تمایل به آگاه‌نمودن بیمارستان یا تسهیلات زایمانی از اعتیاد خود، به گزینه بلی «نمره ۲»، اطمینان ندارم «نمره ۱» و به گزینه خیر «نمره صفر» تعلق می‌گرفت. به این ترتیب حداقل نمره سازه رفتار «صفر» و حداکثر آن «۱۰» بود. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه تأیید شد. برای تعیین پایایی،

هنجارهای ذهنی توسط کسانی که در انجام یک رفتار خاص برای فرد مهم هستند، مشخص می‌شود و کنترل رفتاری درک‌شده نیز اشاره به درک افراد از سهولت یا دشواری انجام رفتار مورد نظر دارد. داشتن نگرش و هنجار ذهنی مطلوب به‌همراه بیشترین کنترل رفتاری درک‌شده، منجر به قصد قوی‌تر فرد برای انجام رفتار مورد نظر خواهد شد (۱۴).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، در بررسی‌های مختلفی در ایران و جهان در زمینه‌هایی از جمله: مصرف دخانیات (۱۵)، ایدز (۱۶)، رفتارهای تغذیه‌ای (۱۷) و انجام فعالیت‌های بدنی (۱۸) مورد استفاده قرار گرفته و در این مطالعات، بر تأثیر این مدل در بهبود رفتارهای مورد نظر تأکید شده است؛ اما در زمینه ارزشیابی این تئوری در انجام مراقبت‌های دوران بارداری زنان معتاد، پژوهشی یافت نشد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری در زنان معتاد، انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی شده بود که طی سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. نمونه مورد نظر شامل کلیه زنان باردار معتاد در سه ماهه دوم بارداری و تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان درمیان (شامل ۴۶ نفر) بودند که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: وابستگی به یکی از مواد مخدر افیونی شامل: تریاک، شیره تریاک، مرفین، کدئین، هروئین، کراک (مشتق هروئینی)، متادون، پتدین، نورجیزک و تمجیزک و یا وابستگی به مواد محرک سیستم عصبی شامل: شیشه (کریستال)، آمفتامین‌ها و تمایل به همکاری در مطالعه بود.

با توجه به اینکه کلیه زنان باردار، در یک زمان شناسایی نشدند، برای تخصیص افراد به دو گروه آزمون و شاهد، از

معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سن تشکیل پرونده بارداری در گروه آزمون $13/6 \pm 4/6$ هفته و در گروه شاهد $15/82 \pm 6/93$ هفته بود؛ همچنین میانگین سن بارداری در گروه آزمون $17/08 \pm 3/44$ هفته و در گروه شاهد $18/04 \pm 4/55$ هفته بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

افراد دو گروه از نظر سطح تحصیلات، نحوه مصرف مواد و مدت مصرف مواد، رتبه بارداری، سابقه داشتن سقط و مرده‌زایی و وابستگی همسر به مواد مخدر، همسان بودند ($P > 0/05$) (جدول ۱).

ماده مصرفی کلیه افراد مورد مطالعه شامل ماده افیونی تریاک و مشتقات آن بود. در پاسخ به سؤال ۵ سازه رفتار که «آیا در هنگام زایمان پرسنل بیمارستان یا تسهیلات زایمانی را از اعتیاد خود مطلع می‌کنید» پاسخ ۵۰٪ افراد «بلی»، ۴۱/۳٪ «خیر» و ۸/۷٪ «مطمئن نیستم» گزارش شد.

میانگین نمره سازه‌های تئوری (به‌جز نگرش) قبل از مداخله در افراد دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$) که اثر نگرش در آنالیزها تعدیل شد. ولی بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله میانگین نمره سازه‌های تئوری (به‌جز رفتار) در افراد گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/05$) (جدول ۲).

میانگین نمره سازه‌های تئوری (به‌جز هنجارهای ذهنی) در افراد گروه آزمون بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنی‌داری داشت. همچنین در افراد گروه شاهد میانگین نمره نگرش و قصد رفتاری قبل و ۲ ماه بعد از مداخله و میانگین نمره رفتار بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنی‌داری داشت ($P < 0/01$) (جدول ۲).

نتایج نشان داد که میانگین تغییرات نمره نگرش، قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک‌شده قبل و بلافاصله بعد از

ابتدا پرسشنامه به‌صورت مقدماتی بر روی ۱۰ زن باردار معتاد اجرا شد و ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ $0/78$ به‌دست آمد.

مداخله مورد نظر برنامه‌های آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود که به‌صورت ۶ جلسه انفرادی یک ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) برای گروه آزمون برگزار شد. جلسات اول و آخر توسط محقق و سایر جلسات توسط ماماهاى مراکز بهداشتی و درمانی و با نظارت محقق ارائه شد. ماماها طی یک کارگاه آموزشی یک‌روزه در خصوص اهداف طرح، محتوای آموزشی و نحوه ارائه آموزش‌ها توجیه شدند و محتوای آموزشی به آنها تحویل و نحوه انتقال آموزش‌ها توضیح داده شد. در جلسه اول با استفاده از فیلم آموزشی، مراحل تشکیل جنین و تغییرات مادر و جنین در ماه‌های مختلف بارداری نشان داده شد و بر دلایل اهمیت انجام به‌موقع مراقبت‌های بارداری تأکید شد. در جلسه دوم هدف، افزایش آگاهی در خصوص علت و اهمیت انجام آزمایش‌ها و سونوگرافی دوران بارداری، آشنایی با علائم خطر دوران بارداری و تأکید بر انجام اقدامات لازم برای پیشگیری از وقوع این موارد بود که به‌صورت مبسوط و با استفاده از اسلاید، آموزش داده شد. در جلسه سوم انواع مواد اعتیادآور و خصوصیات مختلف آن‌ها توضیح داده شد. در جلسه چهارم عوارض مصرف مواد اعتیادآور بر مادر و جنین بیان گردید. جلسه پنجم به بیان عوارض مواد مخدر بر نوزاد پس از تولد و نکات مربوط به سلامت نوزادان متولدشده از مادران معتاد و همچنین آشنایی با درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد در مادر باردار معتاد اختصاص داشت. در نهایت در جلسه آخر، اهمیت زایمان ایمن و بهداشتی و عوارض سوء مصرف مواد بر ایجاد برخی مشکلات در روند زایمان و لزوم اطلاع پرسنل درمانی از اعتیاد مادر آموزش داده شد.

داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۶) و با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌مستقل، آزمون دقیق فیشر، آنالیز واریانس تکرارشونده و آزمون تعقیبی بونفرونی، در سطح

مداخله و همچنین میانگین تغییرات کنترل رفتاری درک شده گروه شاهد به صورت معنی داری بیشتر بود ($P < 0.05$) (جدول قبل و دو ماه بعد از مداخله، در افراد گروه آزمون نسبت به ۳).

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در افراد دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	آزمون تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	سطح معنی داری آزمون دقیق فیشر
بی سواد	۴ (۱۷/۳۹)	۷ (۳۰/۴۳)	
سطح تحصیلات			
ابتدایی	۱۷ (۷۳/۹۱)	۱۲ (۵۲/۱۷)	۰/۳۷
متوسطه و بالاتر	۲ (۸/۶۹)	۴ (۱۷/۳۹)	
نحوه مصرف مواد			
خوردنی	۵ (۲۱/۷۳)	۲ (۸/۶۹)	
کشیدنی	۱۵ (۶۵/۲۱)	۱۸ (۷۸/۲۶)	۰/۵۲
خوردنی و کشیدنی	۳ (۱۳/۰۴)	۳ (۱۳/۰۴)	
مدت مصرف مواد			
کمتر از ۵ سال	۱۳ (۵۶/۵۲)	۸ (۳۴/۷۸)	
۵-۱۰ سال	۶ (۲۶/۰۸)	۱۳ (۵۶/۵۲)	۰/۱۰
بیشتر از ۱۰ سال	۴ (۱۷/۳۹)	۲ (۸/۶۹)	
سابقه داشتن سقط و مرده زایی			
یک مورد	۱۳ (۵۶/۵۲)	۱۱ (۴۷/۸۲)	
۲ مورد و بیشتر	۱۰ (۴۳/۴۷)	۱۲ (۵۲/۱۷)	۰/۳۴
بارداری دوم	۰	۵ (۲۱/۷۳)	
بارداری سوم	۴ (۱۷/۳۹)	۱ (۴/۳۴)	
رتبه بارداری			
بارداری چهارم	۵ (۲۱/۷۳)	۶ (۲۶/۰۸)	۰/۸۳
بارداری پنجم	۵ (۲۱/۷۳)	۶ (۲۶/۰۸)	
بارداری ششم و بالاتر	۹ (۳۹/۱۳)	۵ (۲۱/۷۳)	
وابستگی همسر به مواد			
دارد	۱۷ (۷۳/۹۱)	۱۴ (۶۰/۸۶)	۰/۵۳
ندارد	۶ (۲۶/۰۸)	۹ (۳۹/۱۳)	

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

سازه‌های تئوری	قبل	بلافاصله	دو ماه بعد	سطح معنی‌داری آزمون آنالیز واریانس تکرار شونده	نتیجه آزمون بونفرونی	
					میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد
نگرش	آزمون	۵۵/۲۶ \pm ۶/۴۳	۶۲/۹۵ \pm ۴/۸۶	۶۰/۳۴ \pm ۶/۱۳	< ۰/۰۰۱	قبل > بلافاصله و ۲ ماه بعد
	شاهد	۵۱/۸۷ \pm ۴/۶۰	۵۵ \pm ۳/۳۳	۵۶/۳۰ \pm ۳/۶۶	< ۰/۰۰۱	قبل > ۲ ماه بعد
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل	۰/۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۹	-	-	-
هنجارهای ذهنی	آزمون	۲۷/۱۷ \pm ۳/۱۸	۲۸/۲۱ \pm ۳/۶۷	۲۸/۱۷ \pm ۳/۵۸	۰/۲۵	-
	شاهد	۲۵/۸۲ \pm ۴/۶۴	۲۵/۰۸ \pm ۲/۹۲	۲۵/۱۷ \pm ۳/۳۱	۰/۸۴	-
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل	۰/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	-	-	-
قصد رفتاری	آزمون	۳۰/۱۳ \pm ۳/۷۶	۳۵/۷۸ \pm ۳/۱۷	۳۴/۷۳ \pm ۳/۵۰	< ۰/۰۰۱	قبل > بلافاصله و ۲ ماه بعد
	شاهد	۲۹/۲۶ \pm ۳/۲۰	۳۰/۶۹ \pm ۳/۱۲	۳۱/۵۲ \pm ۲/۸۲	۰/۰۱	قبل > ۲ ماه بعد
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل	۰/۴۰	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	-	-
کنترل درک شده	آزمون	۲۸/۵۲ \pm ۴/۴۲	۳۴/۲۱ \pm ۳/۳۵	۳۲/۵۶ \pm ۳/۶۵	< ۰/۰۰۱	قبل > بلافاصله و ۲ ماه بعد
	شاهد	۲۷/۸۷ \pm ۳/۵۸	۲۸/۲۶ \pm ۳/۸۵	۲۹/۱۷ \pm ۳/۵۳	۰/۱۷	-
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل	۰/۵۹	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	-	-	-
رفتار	آزمون	۸/۰۰ \pm ۱/۵۳	۹/۴۳ \pm ۱/۴۰	۹/۴۷ \pm ۰/۷۳	< ۰/۰۰۱	قبل > بلافاصله و ۲ ماه بعد
	شاهد	۷/۳۰ \pm ۱/۴۲	۸/۹۱ \pm ۰/۹۹	۹/۱۷ \pm ۰/۹۸	< ۰/۰۰۱	قبل > بلافاصله و ۲ ماه بعد
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۲۴	-	-	-

جدول ۳- مقایسه میانگین تغییرات نمره سازه‌های تنوری رفتار برنامه‌ریزی شده در افراد دو گروه آزمون و شاهد

سازه‌های تئوری		قبل و بلافاصله بعد از مداخله	قبل و دو ماه بعد از مداخله
		میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد
نگرش	آزمون	۷/۶۹ \pm ۶/۱۰	۵/۰۸ \pm ۶/۳۴
	شاهد	۳/۱۳ \pm ۴/۸۰	۴/۴۳ \pm ۴/۲۴
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل		۰/۰۰۷	۰/۶۸
هنجارهای ذهنی	آزمون	۱/۰۴ \pm ۳/۰۵	۱/۰۰ \pm ۳/۷۸
	شاهد	-۰/۷۳ \pm ۳/۲۳	-۰/۶۵ \pm ۳/۱۱
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل		۰/۰۶	۰/۶۱
قصد رفتاری	آزمون	۵/۶۵ \pm ۴/۶۸	۴/۶۰ \pm ۵/۰۶
	شاهد	۱/۴۳ \pm ۲/۸۴	۲/۲۶ \pm ۳/۱۳
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل		۰/۰۱	۰/۰۶
کنترل رفتاری درک شده	آزمون	۵/۶۹ \pm ۵/۰۷	۴/۰۴ \pm ۵/۳۱
	شاهد	۰/۳۹ \pm ۳/۸۲	۱/۳۰ \pm ۳/۴۶
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل		< ۰/۰۰۱	۰/۰۴
رفتار	آزمون	۱/۴۳ \pm ۱/۹۹	۱/۴۷ \pm ۱/۶۴
	شاهد	۱/۶۰ \pm ۱/۰۷	۱/۸۶ \pm ۱/۱۷
سطح معنی‌داری آزمون تی مستقل		۰/۷۱	۰/۳۶

بحث

به گروه شاهد، می‌توان بیان نمود شناسایی مادران باردار معتاد توسط تیم بهداشتی و ارائه آموزش‌های مناسب به آنان می‌تواند در ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به انجام مراقبت‌های دوران بارداری مؤثر باشد.

مطالعه Lumley و همکاران، نتیجه مشابهی را در خصوص نگرش مادران باردار مصرف‌کننده سیگار نشان داد (۱۹). در حقیقت زنانی که نگرش مثبتی نسبت به انجام مراقبت‌های دوران بارداری دارند و بر این باورند که انجام مراقبت‌ها به تولد نوزاد سالم کمک می‌کند، در مقایسه با زنانی که نگرش منفی نسبت به انجام مراقبت‌های دوران بارداری دارند، بیشتر مراقبت‌های دوران بارداری را انجام می‌دهند؛ بنابراین نگرش باید به‌عنوان یک ساختار مهم در

مصرف مواد مخدر در دوران بارداری سبب مشکلات متعدّد بهداشتی برای مادر و جنین می‌شود (۱). در این راستا برای حمایت و کنترل بارداری در زنان باردار معتاد بایستی اطلاعات لازم به آنان داده شود تا با ارائه آگاهی، حمایت اجتماعی و طبّی مناسب، نتایج بارداری بهتری حاصل شود (۲). در زمینه کاربرد مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران‌مدکس و مگ‌ایران، مطالعه‌ای در ایران یافت نشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تفاوت معنی‌دار در میانگین تغییرات نمره سازه‌های نگرش، قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک‌شده قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون نسبت

ژاپن انجام شد، هنجارهای ذهنی در پیش‌بینی قصد بهبود رفتار بهداشت دهان و دندان بر اساس مدل نقشی نداشت (۲۰).

در این مطالعه، هرچند میانگین نمره تغییرات نمره رفتار در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت، اما میانگین نمره انجام مراقبت‌ها در هر دو گروه بالا بود (گروه آزمون $8 \pm 1/53$ و شاهد $7/30 \pm 1/42$ (از ۱۰ نمره)). از آنجایی‌که وضعیت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به‌منظور سنجش رفتار، بر اساس مندرجات فرم‌های پرونده خانوار افراد استخراج شد؛ از طرفی با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی زنان باردار معتاد تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان درمیان انجام گرفت که علاوه بر مناطق روستایی حتی در پایگاه‌های شهری آن نیز مراقبت‌ها توسط بهورز به‌صورت فعالانه پیگیری، انجام و در صورت نیاز ارجاع می‌شود و با توجه به پرخطر بودن این گروه از مادران باردار، در صورت شناسایی این افراد پیگیری بیشتری نیز به‌منظور انجام به‌موقع مراقبت‌ها صورت می‌گیرد، میانگین انجام مراقبت‌ها در دو گروه بالا بوده است. اما آنچه مسلم است زمانی انجام مراقبت‌ها اثربخشی بهتری خواهد داشت که این افراد خود نسبت به انجام این مراقبت‌ها حساس و پیگیر باشند.

در تبیین علت افزایش میانگین نمرات گروه آزمون علاوه بر گروه شاهد پس از مداخله آموزشی این نکته قابل ذکر است که با توجه به اینکه پرسشنامه‌ها در دو گروه به‌صورت مصاحبه‌ای تکمیل شدند و از نظر سطح تحصیلات $91/30\%$ افراد گروه آزمون و $82/60\%$ افراد گروه شاهد در سطح بیسواد و ابتدایی بود، تکمیل پرسشنامه نیاز به توضیحات بیشتری نسبت به سایر افراد داشت؛ از طرفی تکرار تکمیل پرسشنامه‌ها در سه نوبت، به نوعی احتمال ارتقای سطح آگاهی افراد هر دو گروه را افزایش داد.

هر چند مشکلات متعددی در زمینه شناسایی مادران باردار معتاد و ترغیب آنها به شرکت در جلسات آموزشی برای

مداخلات آموزشی مراقبت‌های دوران بارداری و اقدامات مرتبط با ارتقای سلامت مادران باردار در نظر گرفته شود (۴). از طرفی افزایش میانگین نمره کنترل رفتاری درک‌شده به‌دنبال مداخله، نشان‌دهنده تأثیر آموزش در به‌وجود آمدن توان و ادراک غلبه بر موانع داخلی و خارجی از جمله: هزینه بالای سونوگرافی، برخی آزمایش‌ها، مسافت طولانی تا مرکز شهرستان به‌منظور دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و انجام زایمان بهداشتی و احساس شرم از ارائه اطلاعات به کادر درمانی در خصوص سوء مصرف مواد در زنان باردار معتاد می‌باشد. بهبود نگرش و کنترل رفتاری درک‌شده به‌دنبال مداخله آموزشی، قصد رفتاری مطلوب را به‌همراه داشته است که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار شخص می‌باشد (۱۶). در همین راستا نتایج مطالعه بشارتی و همکاران، نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر سازه‌های نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری و انتخاب روش زایمانی زنان باردار بود (۵)؛ همچنین مطالعه پاکپور حاجی آقا و همکاران، نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار میانگین نمره سازه‌های نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری پس از مداخله آموزشی بر مهارت‌های پیشگیری از ایدز در نوجوانان بود (۱۶). اما در مطالعه حاضر هنجارهای ذهنی به‌دنبال آموزش، تفاوت معنی‌داری نداشت. با توجه به اینکه در گروه آزمون $73/9\%$ و در گروه شاهد $60/8\%$ افراد دارای همسران معتاد بودند و نظر به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص آنان، فشار اجتماعی درک‌شده توسط این افراد برای انجام مراقبت‌های بارداری به‌دنبال آموزش تغییر نکرده است. به نظر می‌رسد به‌منظور هدایت هنجارهای ذهنی فرد به سمت انجام مراقبت‌های دوران بارداری بایستی آموزش‌های لازم به اعضای خانواده و نزدیکان فرد نیز ارائه گردد. در مطالعه Dumitrescu و همکاران که با عنوان «مدلسازی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در قصد بهبود رفتارهای بهداشت دهان و دندان: تأثیر نگرش، دانش، و رفتار فعلی» در سال ۲۰۱۱ در

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه، اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده را بر سازه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری مرتبط با انجام مراقبت‌های دوران بارداری نشان داد. بنابراین طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر این سازه‌ها می‌تواند به مدیریت بهتر اعتیاد در زنان باردار معتاد و ترغیب آنها به حضور و دریافت مراقبت‌ها و مشاوره‌های لازم بینجامد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه با کد B9205 می‌باشد. لذا محقق بر خود لازم می‌داند از اساتید محترم راهنما و مشاور، همکاران طرح و کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نماید.

گروه آزمون (که برای هر کدام به‌طور جداگانه انجام شده است) و تکمیل پرسشنامه‌ها برای گروه شاهد وجود داشت؛ اما وقتی این افراد با تلاش محققین به‌منظور کاهش مشکلات خود در دوران بارداری مواجه شدند، اعتماد آنان جلب شد و با رغبت بیشتری به پیگیری‌های تیم بهداشتی نسبت به انجام مراقبت‌های دوران بارداری خود اقدام می‌کردند. این مسأله می‌تواند نشان‌دهنده لزوم توجه و دقت بیشتر پرسنل بهداشتی برای شناسایی این مادران و جلب اعتماد آنان به‌منظور دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیازشان باشد. با توجه به مشکلات فراوان اعتیاد در بارداری برای فرد مبتلا و همچنین سیستم بهداشتی و درمانی کشور و انجام مطالعات بسیار کم در این خصوص به‌ویژه مطالعات همراه با مداخلات آموزشی، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت موضوع، فعالیت‌های تحقیقاتی در این حیطه مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

منابع:

- 1- Mirmolaei ST, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Azari M. Prenatal Care Utilization Rate and Patients Satisfaction. *Hayat*. 2007; 13(2): 31-40. [Persian]
- 2- Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pál A, Kovács L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care. A retrospective study in Szeged, Hungary. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002; 100(2): 171-3.
- 3- Brabin BJ, Hakimi M, Pelletiers D. An analysis of anemia and pregnancy related maternal Mortality. *J Nutr*. 2001; 131(2S-2): 604S-614S.
- 4- Hakari D, Mohamadzadeh R, Velayati A, Bolourian M. Barriers of prenatal care and its relationship with pregnancy outcome among women visited to Tabriz hospitals in 2009. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2011; 21(3): 206-13. [Persian]
- 5- Farokhi F, Khadivzade T. Quality assessment of midwives performance in prenatal cares in urban health centers in Mashhad, Iran. *Payesh Journal*. 2008;7(3): 203-10. [Persian]
- 6- McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Breastfeed Rev*. 2010; 18(2): 25-32.
- 7- Ramezanzadeh F, Tavafian SS. Frequency Of Illicit Drug Consumption In The First Trimester Of Pregnancy (Tehran - 2001). *Tehran Univ Med J*. 2003 ;61(6): 499-504. [Persian]
- 8- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2005 .
- 9- SALARI Z, MIRZAEI F, MEHRAN M. EVALUATION OF RELATIONSHIP BETWEEN OPIOID ADDICTION AND PLACENTAL ABRUPTION. *Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2007; 14(1): 39-43. [Persian]

- 10- Kulmala T, Vaahtera M, Ndekha M, Cullinan T, Salin ML, Koivisto AM, et al. Socio-economic support for good health in rural Malawi. *East Afr Med J*.2000; 77(3): 168-71.
- 11- De Santis M, De Luca C, Mappa I, Quattrocchi T, Angelo L, Cesari E. Smoke, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011; 159(1): 106-10.
- 12- Soheili F, Alizadeh S, Darash M, Yousefi A, Cheraghi M, Asadollahi K. Prevalence of Illegal Drugs and Alcohol during Pregnancy in Ilam. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2012; 15(3): 22-9. [Persian]
- 13- Torshizi M, Saadatjoo SA, Farabi M. Prevalence of narcotic substance abuse and the maternal and fetal outcomes in pregnant women. *J Jahrom Univ Med Sci*. 2011; 9(3): 14-8. [Persian]
- 14- Sorsdahl K, Stein DJ, Flisher AJ. Predicting referral practices of traditional healers of their patients with a mental illness: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*.2013;16(1): 35-40.
- 15- Bashirian S, Haidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. Application of Theory of Planned Behavior in Predicting Factors of Substance Abuse in Adolescents. *J Fasa Univ Med Sci*. 2012; 2(3): 156-62. [Persian]
- 16- Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi I, Mohammadi Zeidi B. The Impact of Health Education Based on Theory of Planned Behavior on the Prevention of AIDS among Adolescents. *Iran J Nurs*. 2012; 25(78): 1-13. [Persian]
- 17- Matlabi M, Sharifirad GH, Mostavafi F, Mohebi S, Azadbakht L. Factors Affecting Fish Consumption Based on Structures of Health Education. *J Health Syst Res*. 2013; 8(4): 523-36. [Persian]
- 18- Trinh L, Plotnikoff RC, Rhodes RE, North S, Courneya KS. Correlates of physical activity in a population-based sample of kidney cancer survivors: an application of the theory of planned behavior. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012; 9; 96.
- 19- Hepburn M. Substance abuse in pregnancy. *Curr Obstet Gynaecol*. 2004; 14(6): 419-25.
- 20- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*.2009; (3): CD001055.
- 21- Rahimi T, Dehdari T, Faryabi R, Ghazvinian L. The Applicability of the Theory of Planned-Behavior in Predicting the Intention to Exclusive Breast-feeding among Pregnant Women in Qom in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015; 14(4): 299-310. [Persian]
- 22- Besharati F, Hazavehei S, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2011; 19(77): 94-106. [Persian]
- 23- Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *J Oral Sci*. 2011; 53(3): 369-77.

Abstract

Original Article

Evaluating the effect of educational intervention based on Theory of Planned Behavior on prenatal care of addicted pregnant women

Fatemeh Honari¹, Mohammadreza Miri², Bibi Narjes Moasheri³

Background and Aim: Using drugs during pregnancy is one of the most important health concerns Prenatal care is crucial in addicted women and thus educational interventions are required. In the present study, the effectiveness of an educational intervention based on 'Theory of Planned Behavior' on prenatal care of addicted women was evaluated.

Materials and Methods: This randomized field- trial study was performed on 46 pregnant addicted women who were randomly divided into equal experimental and control groups. The validity and reliability of the questionnaire used had been confirmed. before, immediately after, and two months after the intervention in both groups. The intervention consisted of 6 sessions, based on the theory of planned behavior, which was implemented for the experimental group. Data analysis was performed using. independent t- test, Anova and Fisher's exact test. The obtained results were interpreted at the significant level 0.05.

Results: It was found that a significant increase in the mean change in attitude, intention, and perceived behavioral control before and immediately after the intervention in the experimental group compared to the control one ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of the study showed the effectiveness of the education based on the theory of planned behavior on the attitude, perceived behavioral control, and behavioral intention associated with prenatal care.

Key Words: Addicted women; Prenatal care; Drugs abuse; Theory of planned behavior

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016; 23 (1):

Received: December 5, 2015

Accepted: February 2, 2016

¹ MSc Student of Health Education and Health Promotion. Social Determinant of Health Research Center, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² **Corresponding Author;** Associate Professor, Social Determination of Health Research Center, Department of Public Health, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran miri_moh2516@yahoo.com

³ Instructor, MSc of community health, Social Determinant of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran