

بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص اضطراب زنان باردار نخست‌زا

سحر سابوته^۱، حسین شهنازی^{۲*}، غلامرضا شریفی راد^۳، اکبر حسن زاده^۴

^۱ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، 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 بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

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

نشانی نویسنده مسؤول: اصفهان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، حسین شهنازی

E-mail: h_shahnazi@yahoo.com

وصول: ۹۳/۲/۲۵، اصلاح: ۹۳/۵/۱، پذیرش: ۹۳/۶/۲

چکیده

زمینه و هدف: از آنجا که براساس بررسی‌های انجام شده، زنان باردار اضطراب را مسأله‌ای طبیعی تلقی می‌کنند که خودبه‌خود بهبود می‌یابد و از عوارض نامطلوب آن بر روی جنین و نوزادشان و پیامد بارداری آگاه نیستند و با توجه به این‌که در مراقبت‌های معمول دوران بارداری، در این زمینه اطلاعاتی دریافت نمی‌کنند، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزشی مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص اضطراب زنان باردار نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تجربی (مداخله‌ای) می‌باشد که با گروه مقایسه‌ی تصادفی‌شده به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون بر روی ۸۸ زن باردار نخست‌زای واجد شرایط (۴۴ نفر در هر گروه) که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. اطلاعات براساس یک پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت، جمع‌آوری شد. آموزش به صورت سه جلسه یک ساعته متناسب با سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و با روش سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و با استفاده از پاورپوینت و کتابچه‌های آموزشی انجام شد. ارزشیابی شامل برگزاری پس‌آزمون در دو نوبت ۸ هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی بود. اطلاعات جمع‌آوری‌شده وارد نرم‌افزار SPSS 20 شده و با آزمون‌های آماری مجذور کای، T مستقل و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی و عملکرد افراد، ۴ هفته بعد از مداخله ($P < 0/001$) و ۸ هفته بعد از مداخله ($P < 0/001$)، در گروه مورد به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج این پژوهش و تأثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر افزایش آگاهی و تغییر باور و عملکرد افراد در خصوص اضطراب بارداری، انتظار می‌رود توجه مسئولان و برنامه‌ریزان امر سلامت به اهمیت این مسأله افزایش‌یافته و با گنجاندن آموزش‌هایی مربوط به سلامت روان زنان باردار در مراقبت‌های معمول دوران بارداری، گامی در جهت افزایش سلامت مادران و نوزادان و در نتیجه سلامت خانواده و جامعه برداشته شود.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش، زنان باردار نخست‌زا

مقدمه

بارداری برای زن و خانواده‌ی او، یک تجربه‌ی منحصر به فرد است. هرچند که تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری به صورت پیش‌رونده و به ترتیب به وجود می‌آیند، اما تغییرات روانی از این روال تبعیت نمی‌کنند. موضوعات روان‌شناسی که در جریان اولین بارداری به وجود می‌آیند، شامل؛ پذیرش بارداری، پیدایش نقش مادری، رابطه‌ی زن با همسرش، تغییرات در تصویر ذهنی از بدن، نگرانی‌ها و ترس‌های مرتبط با بارداری و رابطه‌ی مادر و جنین می‌باشند. بنابراین، این دوران تطابق روانی و اجتماعی زیادی را می‌طلبد که توجه به آن، می‌تواند موجب ارتقای سطح بهداشت روانی زن باردار گردد و از ایجاد مشکلات اجتماعی آینده در خانواده پیشگیری کند. (۱). نیکولز و زولینگ ثبات روانی مادر در دوران بارداری را دارای ارتباط مستقیمی با پذیرش نقش مادری وی پس از زایمان می‌دانند (۲). لويس (Lewis) و کوپر (cooper) متوجه شدند که زنان برای مادر شدن، فشارهای روانی خیلی بیشتری را نسبت به مردان برای پدر شدن متحمل می‌شوند. (۳) ترس و نگرانی زنان باردار از این‌که چگونه خود را با شرایط جدید وفق دهند، سبب اضطراب آنها شده که این امر در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت. (۴). نتایج مطالعات مختلف، شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری را بالاتر از ۳۰٪ نشان می‌دهد که در ایران ۶۴٪ گزارش شده است (۵). مشکلات روحی روانی دوران پره‌ناتال در بیش از ۹۰٪ از کشورهای با درآمد بالا مطالعه شده است، در حالی که در این زمینه، تنها برای ۱۰٪ از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، اطلاعاتی موجود می‌باشد. (۵). مصلی نژاد و همکاران با بررسی ۲۱۴ زن باردار، بیان داشتند که ۹۰٪ زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بوده‌اند. مرجان مردانی حمو له و همکارش در پژوهش خود نشان دادند که ۴۴/۸٪ زنان باردار در معرض انواع اختلالات سلامت روان می‌باشند. (۴). نگرانی و استرس بالا در طی بارداری، می‌تواند عوارض و پیامدهای

درازمدتی برای مادر و جنین به دنبال داشته باشد. اضطراب در بارداری با مکانیزم ویژه‌ای روی جنین اثر می‌گذارد. هورمون‌های استرس (کاتکول‌آمین‌ها و هورمون‌های آزادکننده‌ی کورتیکوتروپین، استروئیدهای آدرنال) که به علت اضطراب و استرس مادر ترشح می‌شوند، با عبور از جفت، بر رشد مغزی جنین در هفته‌های ۲۲-۱۲ بارداری اثر گذاشته، به طوری که با انقباض شریان جفتی، اکسیژن‌رسانی و تغذیه‌ی جنین را محدود کرده که این امر، یکی از دلایل محدودیت رشد جنین و آسفیکسی جنینی به شمار می‌رود که در نتیجه‌ی آن، مداخلات پزشکی همانند سزارین را باعث می‌شوند. این هورمون‌ها، همچنین رشد سیستم ایمنی جنین را متوقف می‌کند. به این خاطر، ما شاهد شیوع بالاتری از عفونت‌های تنفسی و دیگر عفونت‌ها در نوزادان مادران مضطرب هستیم. (۵). Dunkle Schetter نیز در پژوهش خود نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس در دوران بارداری با ایجاد عوارض جانبی برای مادر و جنین در ارتباط است و سبب وزن پایین نوزاد در هنگام تولد و پیامدهای منفی در رشد عصبی جنین و کودک خواهد شد. (۶). همچنین بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد، در بین زنان مضطرب وجود دارد و الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین، نمره‌ی آپگار پایین، افزایش مرگ و میر در زمان تولد و تولد نوزاد کم‌وزن از دیگر خطرات همراه با اضطراب بارداری می‌باشند. (۴) تنش درون رحمی، موجب نارسایی نوزاد و زایمان زود هنگام شده که با خطر بالاتر بیماری‌های کرونری در بزرگسالی ارتباط دارد (۷). همچنین رابطه‌ی مستقیمی بین اضطراب مادر و ناهنجاری‌های تحول مغزی جنین وجود دارد (۸). بروز شکاف کام و لب شکری در نوزادان مادران مضطرب بیشتر دیده شده است. (۹). Dole و همکاران نیز نشان دادند که اضطراب مادر در زمان بارداری، با کاهش سن بارداری ارتباط داشته و خطر نسبی زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (۱۰). پروورز و همکاران (۲۰۰۱) ذکر می‌کنند سطوح بالای

شدن با مسائل دوران بارداری نداشته و قاعدتاً، واکنش-های روانی به صورت اضطراب و افسردگی در طول بارداری و پس از زایمان آنان را تهدید می‌کند. در واقع، ناخواسته بودن حاملگی، سبب می‌شود این زنان درجات بالاتری از اضطراب و افسردگی را نشان دهند (۱۳).

ارتباط تنگاتنگ بهداشت روانی با بهداشت جسمانی در رابطه با بارداری، ضرورت به‌کارگیری 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 است که محققان معتقدند بسیاری از مسائل دوران بزرگسالی از شرایط نامناسب دوران جنینی و کودکی نشأت می‌گیرد. بنابراین توجه خاص به بهداشت روان مادر در دوران بارداری، می‌تواند ابزاری در جهت پیشگیری از مسائل دوران بزرگسالی باشد. (۱) با توجه به این که بی‌خبری و ناآگاهی در هر امری، موجب وحشت و اضطراب می‌شود، به طور قطع بارداری و زایمان از این قاعده مستثنا نیستند. هر قدر دانش واقعی مادر بیشتر باشد، مشکلات روانی او کمتر خواهد بود. (۱۴).

بیشترین علت اضطراب زنان به‌ویژه اگر بارداری اول را تجربه‌کنند، از ناآگاهی و اطلاعات کم آنها در مورد وقایعی است که طی بارداری و زایمان پیش می‌آید. آنها با هجومی از اطلاعات و اندرزهای اعضای خانواده به‌ویژه افراد مسن روبرو می‌شوند و خود را سردرگم و غرق در انبوهی از اطلاعات ضد و نقیض و گنگ می‌بینند 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 می‌کنند. متأسفانه امروزه اکثر پزشکان زنان و مراکز بهداشتی و درمانی به-علت کثرت مراجعین و غیره، در دادن مشاوره‌های لازم به زنان باردار کم‌کاری می‌نمایند و همین امر سبب شده تا هنوز اهمیت این مسأله را درک نکنند (۱). از طرفی بیشتر زنان باردار با این تصور غلط مواجه هستند که اضطراب،

اضطراب در بارداری؛ نه تنها موجب افزایش خطر افسردگی و اضطراب مادر در دوره‌ی بعد از زایمان می‌گردد، بل که در نوزاد نیز منجر به تحریک پذیری و گریه‌ی بیشتر، وضعیت ناپایدارتر و حتی انتقال به واحد مراقبت‌های ویژه می‌شود. (۹)

در مطالعه‌ی زینب شایقیان و همکاران، شاخص‌های رشد در نوزادان مادران مضطرب به‌طور معناداری پایین‌تر از نوزادان مادران غیرمضطرب گزارش شده است. همچنین زایمان طبیعی در مادران غیرمضطرب ($p < 0/01$) و زایمان پیش از موعد در مادران مضطرب ($p < 0/01$) به‌طور معناداری بیشتر بود (۸). علاوه بر این، اضطراب بارداری می‌تواند سبب ابتلای کودک به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی در آینده نیز شود. (۱۱).

Oates بیان داشت که رویدادهای استرس‌زا در دوران قبل از زایمان؛ نه تنها سلامت روان کودکان را در دوران کودکی‌شان تحت تأثیر قرار می‌دهد، بل که با مشکلات سلامت روان در بزرگسالی نیز همراه است و این اهمیت مسأله و تأثیر عمیق آن را بر کل زندگی نشان داده است (۹). 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 هم می‌شود.

وجود اضطراب در طی بارداری به شکل‌های متعددی، می‌تواند باعث عوارض مختلفی، همچون: تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری و بروز مسمومیت حاملگی در مادر هم بشود. همچنین اضطراب مادران بر خود آنها نیز تأثیر گذاشته و سبب ادراک منفی نسبت به زایمان و تولد، ترس‌های غیرضروری در مورد تولد بچه و مادر شدن، خوددرمانی با الکل و یا محدودیت فعالیت می‌گردد. (۱۲). مادرانی که احساسات ناخوشایند عدم رضایت از حاملگی را در دوران بارداری خود تجربه‌نموده‌اند، آمادگی و رضایت لازم را برای حفظ جنین و روبرو

مسأله‌ای است که به‌طور طبیعی در همه بارداری‌ها رخ می‌دهد و بنابراین خود به خود بهبود یافته و نیاز به درمان و پیگیری ندارد. به‌علت ناآگاهی آنها و عدم دسترسی کافی به منابع اطلاع‌رسانی معتبر و قابل اعتماد که بتواند آنها را به‌درستی راهنمایی کند، به‌سادگی از پیگیری این موضوع می‌گذرند و هیچ‌گونه اقدامی جهت رفع این اضطرابی که معمولاً برایشان عذاب‌آور است، نمی‌کنند و تمام این دوران را پر از استرس و اضطراب و نگرانی طی کرده، بی‌آنکه متوجه باشند که اضطرابشان تا چه میزان می‌تواند برای خود و جنین‌شان خطرناک باشد (۱۱).

در این جا مهمترین موضوع، ایجاد حساسیت در مادران باردار است که از این مورد سطحی نگذرند و آگاه باشند که اضطراب آنها، می‌تواند علاوه بر رنج و عذاب برای خودشان، عوارض نامطلوبی نیز در جنین ایجاد کند که حتی ممکن است تا سالها بعد از تولد ادامه یابد. اگر زنان باردار و خانواده‌شان 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 آینده‌شان (بیش‌فعالی، کاهش شاخص‌های رشد، کم‌خونی و اختلالات خلقی و...) ایجاد خواهد شد، قطعاً جهت رفع این مشکل اقدام خواهند کرد. از طرفی بسیاری از موضوعاتی که یک زن باردار را دچار اضطراب می‌کند، مسائلی هستند که به‌طور طبیعی و فیزیولوژیک در یک بارداری رخ می‌دهد و جای هیچ‌گونه نگرانی ندارد، اما به‌علت نداشتن اطلاعات درست و آگاهی از این موضوع، زنان باردار را دچار هراس و اضطراب می‌کند و در اینجا نیاز به کسی هست تا آنها را به‌درستی با آنچه که در این دوره ۹ ماهه برایشان اتفاق می‌افتد، آشنا کند و مشاوره‌های لازم را در اختیارشان قرار دهد.

مشاوره و آموزش توسط کادر پرستاری و مامایی، یکی از مداخلاتی است که به‌عنوان پیگیری از اضطراب بارداری مطرح شده است که می‌تواند راهنمای خوبی برای

مادران در زمینه‌ی بهداشت بارداری باشد. سازمان بهداشت جهانی (۱۱)، آموزش را جزء کلیدی مراقبت‌های دوران بارداری ذکر می‌کند. مراقبت‌های قبل از زایمان، فرصت مغتنمی است تا ناراحتی‌های هیجانی زن باردار، مورد مطالعه، پیشگیری و درمان قرار گیرد. باور و عملکرد افراد در خصوص رفتارهای پیشگیرانه، می‌تواند نقش بسزایی در تدوین برنامه‌های مداخلاتی مناسب داشته باشد. الگوی اعتقاد بهداشتی، از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه‌ی بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به‌کار می‌رود (۱۵) و از مهم‌ترین الگوهای به‌کار گرفته شده در تدوین و طراحی برنامه‌های پیشگیری است. براساس این الگو، تصمیم و انگیزه‌ی شخص در اتخاذ یک رفتار به ادراکات شخص درخصوص معرض خطر بودن (حساسیت درک شده) و جدیت آن (شدت درک شده)، اعتقاد وی به درک مفید بودن و اقدام جهت کاهش خطر بیماری یا درک فواید حاصل از اقدام بهداشتی (منافع درک شده) با توجه به موانع آن و عوامل تعدیل کننده‌ای مانند مشخصات دموگرافیک و متغیرهای اجتماعی روانی مانند آگاهی برمی‌گردد. راهنماها برای عمل نیز، اتخاذ رفتار بهداشتی را تسهیل می‌بخشند (۱۶). این مدل به‌طور کلی بر روی تغییر در اعتقادات فرد تمرکز دارد و براین باور است که تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می‌شود (۱۷) بنابراین مراقبان بهداشتی باید برای بهبود سلامت فرد، باورهای وی را تحت تأثیر قرار دهند (۱۸). از آنجا که براساس مطالعات انجام شده، زنان باردار اضطراب را مسأله‌ای طبیعی تلقی کرده و از عوارض نامطلوب آن آگاه نیستند و یا این‌که خود را در رفع آن ناتوان می‌بینند و با توجه به این‌که در زمان مراقبت‌های معمول دوران بارداری، در این زمینه اطلاعاتی دریافت نمی‌کنند، برآن شدیم تا در این پژوهش با توجه به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، اهمیت این موضوع را برای آنها آشکار کرده تا با اقدام به‌موقع جهت رفع اضطراب، از تأثیر عوارض ناگوار آن بر پیامد بارداری

پیشگیری شود. همچنین توجه مسئولان و برنامه‌ریزان کشوری را نسبت به اهمیت این مسأله بالا برده تا با گنجاندن آموزش‌هایی مربوط به سلامت روان زنان باردار در زمان مراقبت‌های معمول دوران بارداری، گامی در جهت سلامت خانواده و جامعه برداشته شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، از نوع تجربی - مداخله‌ای شاهددار تصادفی شده‌می‌باشد و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بهداشتی شهرستان دورود در تیر و مرداد ماه ۱۳۹۲ بودند. شهرستان دورود، دارای ۷ مرکز بهداشتی درمانی می‌باشد. از این تعداد، ۲ مرکز به تصادف به صورت اعضای گروه آزمون و از اعضای گروه کنترل انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل: بارداری اول، قرارداشتن در سه ماهه‌ی اول بارداری (از زمان تشخیص بارداری تا ۱۲ هفته‌ی بارداری)، تک‌قلوبی، نداشتن سابقه‌ی سقط و نازایی، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم مصرف دارو، نداشتن مواردی همچون بیماری، حاملگی پرخطر، سابقه‌ی بیماری‌های روانی و مراجعه به روان‌پزشک و سابقه‌ی افسردگی قبل از بارداری و معیارهای خروج از مطالعه، شامل: حاملگی ناخواسته، ابتلا به بیماری‌های روحی و روانی خاص، خطر سقط، عدم حضور در جلسات آموزش، واردشدن صدمات روحی بزرگ و ناگهانی در طی دوره مداخله بودند. تعداد نمونه با توجه به رابطه‌ی $n = \frac{(z_1+z_2)^2 (2s^2)}{d^2}$ حداقل ۴۴ نفر در هر گروه به دست آمد. در این فرمول، Z1 ضریب اطمینان ۹۵٪؛ یعنی ۱.۹۶، Z2 ضریب توان آزمون ۸۰٪؛ یعنی ۰.۸۴، S برآوردی از انحراف معیار نمره‌ی هر یک از سازه‌های مدل در دو گروه و d حداقل تفاوت میانگین نمره‌ی هر یک از سازه‌های مدل بین دو گروه است که اختلاف را معنادار نشان می‌دهد که ۰.۶s در

نظر گرفته شده است. اطلاعات براساس یک پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. برای بررسی پایایی پرسش‌نامه، از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد که در قسمت آگاهی ۹۳٪ و در قسمت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۸۳/۷٪ به دست آمد. جهت سنجش پایایی سؤالات بخش عملکرد از آزمون کورد- ریچاردسون استفاده گردید که با عدد ۷۵/۴٪ پایایی آن تأیید شد. برای سنجش روایی پرسش‌نامه از نظریات استادان رشته‌های آموزش بهداشت و مامایی در خصوص ضروری بودن، مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن سؤالات استفاده شد و اصلاحات لازم با اضافه و حذف کردن تعدادی از سؤالات انجام و در نهایت روایی آن تأیید گردید. این پرسش‌نامه، شامل دو قسمت بود: بخش اول دربرگیرنده‌ی سؤالات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال و بخش دوم سؤالات مربوط به آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد بود. بخش آگاهی شامل ۲۲ سؤال بود که به صورت «بلی»، «خیر» و «نمی‌دانم» طراحی شد. نحوه‌ی نمره‌دهی به سؤالات آگاهی به این شکل بود که به گزینه‌ی «خیر»، نمره‌ی ۱، «نمی‌دانم» نمره‌ی ۲ و «بلی» نمره‌ی ۳ تعلق گرفت. سازه‌های مدل دربرگیرنده‌ی: 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. نحوه‌ی نمره‌دهی در خصوص سؤالات مربوط به سازه‌های مدل بر مبنای طیف مقیاس لیکرت صورت گرفت (موافقم = ۴، تاحدی موافقم = ۳، مخالفم = ۲ و مخالفم = ۱). بخش سنجش عملکرد، شامل ۵ سؤال بود که به شکل «بلی» و «خیر» طراحی شد. به طوری که به گزینه‌ی «خیر»، نمره‌ی ۱ و به گزینه‌ی «بلی»، نمره‌ی ۲ تعلق گرفت. روش انجام کار به این شکل بود که با کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه‌ی معرفی‌نامه، به درمانگاه‌های منتخب، مراجعه و بعد از توضیح اهداف طرح، پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون در بین

نمونه‌ها توزیع شدند. راهنمایی‌های لازم برای چگونگی پرکردن پرسش‌نامه به آنها داده شد. همچنین در مدت پرکردن پرسش‌نامه، آموزشگر در محل حضور داشته و به سؤالات نمونه‌ها پاسخ داد. از تمامی شرکت‌کنندگان در این برنامه، رضایت‌نامه‌ی کتبی اخذ گردید. مداخله‌ی آموزشی در طی ۳ جلسه‌ی یک‌ساعته در گروه آزمون صورت گرفت. آموزش با روش سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و با استفاده از پاورپوینت و کتابچه‌های آموزشی انجام شد. ارزشیابی شامل برگزاری پس‌آزمون در دو نوبت ۴ و ۸ هفته بعد از آخرین جلسه‌ی آموزشی بود. پس از اتمام جلسات آموزشی، کتابچه‌های آموزشی در اختیار اعضای گروه شاهد نیز قرار گرفت. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS(20) شده و با آزمون‌های آماری مجذور کای، T مستقل و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش، بیانگر آن است که نمونه‌ها در گروه آزمون با میانگین سنی $24/6 \pm 4/8$ در رده‌ی سنی ۱۵-۳۸ سال و در گروه کنترل، نمونه‌ها با میانگین سنی $23/4 \pm 4/8$ در رده‌ی سنی ۱۶-۳۳ سال قرار داشتند. آزمون T مستقل نشان داد که میانگین سن افراد در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P=0.26$). از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه مورد مربوط به دیپلم (۵/۵۴٪) و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم و زیر دیپلم (۱/۳۴٪) بوده است. آزمون من ویتنی نشان داد که سطح تحصیلات دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P=0.379$). از لحاظ وضعیت شغلی، در گروه آزمون ۲۵٪ افراد شاغل و در گروه کنترل ۲۰/۵٪ افراد شاغل بودند. آزمون مجذور کای نشان داد که توزیع فراوانی شغل در دو گروه

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

P-Value	گروه کنترل		گروه آزمون		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۲/۳٪	۱	۰	۰	بی سواد
	۳۴/۱٪	۱۵	۲۰/۵٪	۹	زیر دیپلم
	۳۴/۱٪	۱۵	۵۴/۵٪	۲۴	دیپلم
*P=0.379	۲۷/۳٪	۱۲	۱۸/۲٪	۸	لیسانس
	۲/۳٪	۱	۶/۸٪	۳	فوق لیسانس و بالاتر
	۲۰/۵٪	۹	۳۶/۴٪	۱۶	خوب
*P=0.064	۶۱/۴٪	۲۶	۵۴/۵٪	۲۴	متوسط
	۱۸/۲٪	۸	۹/۱٪	۴	ضعیف
	۲۰/۵٪	۹	۲۵٪	۱۱	شاغل
**P=0.611	۷۹/۵٪	۳۵	۷۵٪	۳۳	غیر شاغل

آزمون من ویتنی * آزمون مجذور کای **

جدول ۲: میانگین نمره آگاهی زنان باردار نخست‌زا در خصوص اضطراب بارداری در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون T مستقل و P-Value	گروه کنترل		گروه آزمون		زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۶۹۸ T=۰/۳۸	۱۷/۶	۳۰/۱	۳۰/۵	۳۲/۱	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۴/۴۵	۱۷/۹	۳۰/۵	۲۰/۱	۸۹/۱	۴ هفته بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۸/۸۳	۱۷/۸	۳۱/۵	۱۲/۶	۹۳/۶	۸ هفته بعد از مداخله
	P=۰/۳۶۹ F=۱/۰۲		P<۰/۰۰۱ F=۹۵/۵۲		نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value

جدول ۳: میانگین نمره سازه های مدل اعتقاد بهداشتی زنان باردار نخست زا در خصوص اضطراب بارداری در دو گروه

نتیجه آزمون T مستقل و P-Value	گروه کنترل		گروه آزمون		زمان	سازه های مدل اعتقادبهداشتی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
P= ۰/۸۲۹ T=۰/۲۱	۲۳/۳۸	۳۶/۲	۳۵/۶	۳۴/۸	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T=۱۴/۲۵	۲۱/۲۶	۳۴/۳۶	۱۵/۷۶	۹۱/۵	۴ هفته بعد از مداخله	حساسیت درک شده
P<۰/۰۰۱ T= ۱۴/۵۶	۲۱/۶۱	۳۴/۹۲	۱۱/۶۳	۸۹/۵۷	۸ هفته بعد از مداخله	
	F=۱	P= ۰/۳۲۱	F= ۹۲/۳	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value	
P=۰/۳۹۲ T= ۰/۸۶	۲۴/۰۷	۲۶/۳۶	۳۴/۱۱	۳۱/۸۲	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T=۱۵/۷	۲۰/۹۷	۲۳/۸۶	۱۷/۴۸	۸۸/۴۸	۴ هفته بعد از مداخله	شدت درک شده
P<۰/۰۰۱ T=۱۷/۳	۱۹/۷	۲۳/۳۳	۱۴/۳۷	۸۶/۹۶	۸ هفته بعد از مداخله	
	F=۳/۴۷	P=۰/۰۷	F=۴۳/۹۷	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value	
P=۰/۲۶۹ T= ۱/۱۱	۱۸/۱۳	۴۵/۷	۳۲/۶۴	۳۹/۲۸	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T= ۱۴/۷۱	۱۶/۶۳	۴۴/۸۵	۱۲/۳۱	۹۲/۴۱	۴ هفته بعد از مداخله	منافع درک شده
P<۰/۰۰۱ T= ۱۵/۷۴	۱۴/۷۸	۴۵/۳۴	۹/۴۳	۸۸/۶۱	۸ هفته بعد از مداخله	
	F=۰/۸۷	P= ۰/۴۲۵	F=۳۲/۶۱	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value	
P=۰/۴۲۷ T= ۰/۷۹	۲۵/۹۷	۲۱/۴۹	۳۶	۲۶/۹۳	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T= ۱۶/۵۴	۲۱/۷۵	۱۹/۴۷	۱۶/۸۸	۸۸/۶۱	۴ هفته بعد از مداخله	موانع درک شده
P<۰/۰۰۱ T= ۱۸/۹۶	۱۹/۹۸	۱۸/۱۱	۱۲/۵۹	۸۶/۳۱	۸ هفته بعد از مداخله	
	F=۴/۷۸	P=۰/۱۴	F=۴۳/۱	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value	
P=۰/۹۱۸ T= ۰/۱۰۴	۲۹/۸۴	۳۰/۴۲	۳۴/۳	۲۹/۷۱	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T= ۱۳/۱۴	۲۵/۰۴	۲۷/۸۹	۱۷/۳۶	۸۸/۷۵	۴ هفته بعد از مداخله	خودکارآمدی
P<۰/۰۰۱ T= ۱۳/۸۹	۲۳/۵۱	۲۶/۵	۱۵/۸۱	۸۵/۸۴	۸ هفته بعد از مداخله	
	F= ۵/۲۹	P= ۰/۰۹	F=۴۲/۴۱	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value	

آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی آگاهی قبل از مداخله بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنادار نداشت (P=0.829)، اما ۴ هفته بعد از مداخله (P<۰/۰۰۱) و ۸ هفته بعد از مداخله (P<۰/۰۰۱) میانگین

آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت (P=۰.۶۱۱). همچنین آزمون من ویتنی مشخص کرد که سطح درآمد در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت (P=۰.۰۶۴). (جدول شماره ۱)

جدول ۴: میانگین نمره راهنمای عمل و عملکرد زنان باردار نخست زا در خصوص اضطراب بارداری در دو گروه

نتیجه آزمون T مستقل و P-Value	گروه کنترل		گروه آزمون		زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۵۰۲ T=۰/۶۷	۲۷/۲۶	۱۹/۸۴	۳۸/۳۳	۲۴/۶۵	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۸/۷	۲۳/۶۷	۱۷/۴۲	۹/۹۱	۹۲/۰۳	۴ هفته بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۷/۷۹	۲۳/۸۱	۱۸/۱۸	۱۰/۶۳	۸۹/۵۲	۸ هفته بعد از مداخله
	F=۲/۹۶	P=۰/۶۲	F=۵۵/۹۵	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value
P=۰/۸۱۲ T=۰/۲۳	۳۸/۲	۳۰/۹	۴۲/۶	۲۸/۸۳	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۰/۴۹	۳۶/۲۱	۳۰	۱۶/۳	۹۴/۶۳	۴ هفته بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=۱۱/۷۵	۳۶/۴۷	۳۰	۷/۹	۹۷/۶۱	۸ هفته بعد از مداخله
	P=۰/۸۴		F=۵۸/۳۵	P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری و P-Value

بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که در گروه آزمون، میانگین نمره‌ی سازه‌های مدل قبل از مداخله، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله با هم تفاوت معنادار داشت ($p < 0.001$)، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی این سازه‌ها در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند ($P > 0.05$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره‌ی سازه‌های مدل، ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به‌طور معنادار افزایش داشته‌است. همچنین این آزمون نشان داد که میانگین نمره‌ی این سازه‌ها در اعضای گروه آزمون ۸ هفته بعد از مداخله همچنان نسبت به قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنادار دارد. ($P < 0.001$) (جدول شماره ۳ و ۴).

آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی سازه‌های مدل قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P = 0.812$)، اما ۴ هفته بعد از مداخله ($p < 0.001$) و ۸ هفته بعد از مداخله ($p < 0.001$)، میانگین نمره‌ی عملکرد در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که در گروه آزمون میانگین

نمره‌ی آگاهی در گروه مورد به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود. آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که در گروه مورد میانگین نمره‌ی آگاهی قبل از مداخله، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله با هم تفاوت معنادار داشت ($p < 0.001$)، اما در گروه شاهد میانگین نمره‌ی آگاهی در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند ($P = 0.36$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در گروه مورد میانگین نمره‌ی آگاهی، ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به‌طور معنادار افزایش داشته‌است. همچنین این آزمون نشان داد که میانگین نمره‌ی آگاهی اعضای گروه مورد ۸ هفته بعد از مداخله همچنان نسبت به قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنادار دارد. ($P < 0.001$) (جدول ۲).

آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی سازه‌های مدل شامل: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P > 0.05$)، اما ۴ هفته بعد از مداخله ($P < 0.001$) و ۸ هفته بعد از مداخله ($P < 0.001$)، میانگین نمره‌ی همه‌ی این سازه‌ها در گروه آزمون به‌طور معناداری

های آموزشی نسبت داد که توانسته تا حدود زیادی باعث افزایش میزان آگاهی زنان در خصوص اضطراب بارداری گردد. در گروه آزمون میانگین نمره‌ی آگاهی، ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله و ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به ۴ هفته بعد از مداخله نیز افزایش معنادار داشته است که آن را می‌توان علاوه بر تداوم تأثیر کلاس آموزشی و کتابچه‌های آموزشی که در اختیار آنها گذاشته شده، به افزایش علاقه‌مندی خانم‌های باردار به این موضوع و همچنین افزایش اطلاعاتشان از منابع دیگر در خصوص اضطراب نسبت داد. در صورتی که در گروه کنترل میانگین نمره‌ی آگاهی در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند.

مراقبت‌های قبل از زایمان، فرصت مغتنمی است تا ناراحتی‌های هیجانی زن باردار، مورد توجه قرارگیرد. ماما یا پزشک می‌تواند با آموزش و بالا بردن سطح اطلاعات آنها، مشارکت ارزنده‌ای در سلامت روانی و نشاط زن و خانواده‌ی او داشته‌باشد. به‌طورکلی، عملکرد خانواده و ماما در فرآیند پذیرفتن حاملگی مؤثر است و نیز نقش قابل توجهی در کاهش اضطراب و نگرانی این دوران دارد. هر قدر دانش واقعی زن زیادتر باشد، مشکلات روانی او کمتر خواهد بود. ترس از زایمان، ترس از مجهولات است. دانش و آگاهی بیشتر، این ترس را زایل می‌کند. (۲۰). ارتقای معنادار آگاهی بعد از آموزش در گروه آزمون در سایر مطالعات نیز تأیید شده است. از جمله مطالعه‌ی محبی در برنامه‌ی آموزش تغذیه در افزایش وزن بارداری و همچنین مطالعه‌ی محتشم غفاری در خصوص تأثیر آموزش در کاهش میزان سزارین که باعث افزایش آگاهی شده است (۲۱ و ۲۲). Charron در مطالعه‌ی خود با هدف بررسی ارتباط سازه‌های مدل با رفتارهای بهداشتی باروری در زنان جوان دیابتی نشان داد که سازه‌های مدل به‌طور قابل توجهی با رفتارهای بهداشتی باروری و کنترل متابولیک دیابت نوع ۱ در ارتباط بود و تأکید شده که مداخلات با تمرکز بر تغییر

نمره‌ی عملکرد قبل از مداخله، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله با هم تفاوت معنادار داشت ($p < 0.001$)، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی عملکرد در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند ($P > 0.05$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره‌ی عملکرد، ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به‌طور معنادار افزایش داشته‌است و همچنین این آزمون نشان داد که میانگین نمره‌ی عملکرد اعضای گروه آزمون ۸ هفته بعد از مداخله همچنان نسبت به قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنادار دارد. ($P < 0.001$). (جدول شماره ۴).

بحث

دوران بارداری اگرچه برای اکثر زنان یک دوره‌ی مسرت‌بخش است، اما اغلب یک دوره‌ی پر استرس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید. از آنجا که زنان در بارداری تغییرات زیادی را تحمل می‌کنند و تأثیر پذیری آنها نسبت به استرس‌های متفاوت زندگی در این دوره افزایش می‌یابد، این دوران از نظر روانی اهمیت زیادی پیدامی‌کند. به‌طوری‌که شواهد به‌دست‌آمده از بررسی‌های 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. (۱۹) در این بخش، یافته‌های پژوهش حاضر ضمن تفسیر با مطالعات مشابه مقایسه می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و سطح درآمد افراد در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P > 0.05$) که می‌تواند نشانه‌ی همگن بودن نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل باشد. در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی آگاهی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت، اما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی آگاهی در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. این اختلاف را می‌توان به تشکیل کلاس-

باورهای بهداشتی و افزایش آگاهی، می‌تواند در ترویج رفتار بهداشت باروری مثبت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت مؤثر باشد (۲۳).

همچنین یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد که میانگین نمره‌ی حساسیت درک‌شده قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت، اما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی حساسیت درک‌شده در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود که این اختلاف، نشان‌دهنده‌ی تأثیر آموزش در ارتقای حساسیت درک‌شده‌ی زنان باردار می‌باشد. به‌طوری‌که اکثر مادران گروه آزمون بعد از مداخله‌ی آموزشی، این اعتقاد را داشتند که اضطراب ممکن است برای سلامت آنها و جنینشان ضرر داشته باشد و این یک اتفاق بی‌اهمیت نیست و آنها هم در معرض این عوارض و خطرات هستند که این یافته، همخوان با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی و افزایش حساسیت درک‌شده در زمینه‌ی شناخت مادران در مورد چاقی کودکانشان و پیش‌گیری از پوکی استخوان و مراقبت از پا در بیماران دیابتی است (۲۴، ۱۸ و ۲۵). در گروه آزمون میانگین نمره‌ی حساسیت درک‌شده، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنادار داشته که می‌توان گفت این تداوم حساسیت درک‌شده در آنها، ناشی از اهمیت آنها به سلامت خود و نوزادشان است. به‌طوری‌که این مسأله را محدود به کلاس‌های آموزشی ندانسته و در طول حاملگی، حساسیتشان به این موضوع حتی هم افزایش پیدا کرده است. در واقع حساسیت ویژه‌ی مادران در خصوص سلامت جنین، فرصتی است که می‌توان از آن در جهت آموزش‌ها در این زمینه استفاده کرد. این درحالی است که در گروه کنترل، میانگین نمره‌ی حساسیت درک‌شده در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند که نشانه‌ی حساسیت پایین آنها نسبت به اهمیت این موضوع می‌باشد. افزایش حساسیت درک‌شده بعد از آموزش در مطالعه‌ی شمس‌ی در زمینه‌ی خوددرمانی

و مصرف خودسرانه‌ی داروها در مادران و همچنین مطالعه‌ی خزایی پول در بررسی تأثیر آموزش که از طریق مدل اعتقاد بهداشتی بر ادراکات تغذیه‌ای دانش‌آموزان دختر درباره‌ی صرف صبحانه و میان‌وعده‌ی غذایی انجام شد، با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. (۱۷ و ۲۶)

در این مطالعه، میانگین نمره‌ی شدت درک‌شده قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و دو گروه در وضعیت یکسانی قرار داشتند. نمره‌ی پایین شدت درک‌شده در این دو گروه، نشان می‌داد که زنان باردار جدی و خطرناک بودن اضطراب بارداری را درک نکرده بودند که در پژوهش حاضر استفاده از اسلایدهای تصویری و کتابچه‌های آموزشی برای نشان دادن جدی و وخیم بودن این عوارض و توجه نمونه‌ها به از دست دادن سلامت خود و جنینشان و تأکید بر غیرقابل جبران بودن بعضی عوارض، عوامل مهمی در جهت ارتقای سطح شدت درک‌شده‌ی نمونه‌ها در این خصوص بوده است. به‌طوری‌که بعد از شرکت در کلاس‌های آموزشی و افزایش اطلاعاتشان در خصوص عوارض خطرناکی که اضطراب می‌تواند منجر به آن شود، نمره‌ی شدت درک‌شده در آنها افزایش یافته و ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، میانگین این نمره در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. در گروه آزمون نیز میانگین نمره‌ی شدت درک‌شده، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به‌طور معنادار افزایش داشته، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی شدت درک‌شده در زمان‌های ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند. نتایج مطالعه‌ی شریفی راد در مورد تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر مراقبت از پا در بیماران دیابتی و همچنین اثربخشی آموزش تغذیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در افزایش وزن بارداری با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. (۲۵ و ۲۱)

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد میانگین نمره‌ی منافع درک‌شده قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و در هر دو گروه در حد

پایین بود که این بیانگر درک ضعیف زنان باردار از منافع برطرف شدن اضطراب در طول بارداریشان بود. از آنجا که افزایش منافع درک شده، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتار مضر بهداشتی داشته باشد، آموزش‌های ما با تأکید بر نقش مهم کاهش اضطراب در داشتن یک بارداری و زایمان سالم، رشد و سلامت جنین و ایجاد روابط عاطفی بهتر و خوشایندتر با جنین، همسر و خانواده باعث افزایش قابل توجه و معنادار میانگین نمره‌ی منافع درک شده در گروه آزمون در طول ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله شد. همچنین میانگین نمره‌ی منافع درک شده در گروه مورد ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود که این نتیجه نیز با توجه به نوع و کیفیت آموزش‌های ارائه شده منطقی به نظر می‌رسد. درحالی که در گروه کنترل، میانگین نمره‌ی منافع درک شده در سه زمان ذکر شده، با هم تفاوت معنادار نداشتند و در سطح پایین باقی مانده بود. مطالعه‌ی لاله حسنی و همکاران نیز نشان داد که تفاوت آماری معناداری در منافع درک شده‌ی افرادی که رفتار خودآزمایی پستان انجام می‌دهند و گروهی که انجام نمی‌دهند، وجود دارد. (۲۷).

میانگین نمره‌ی منافع درک شده در این مطالعه قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و در هر دو گروه پایین بود. در پژوهش حاضر اکثر زنان باردار، صحبت کردن در مورد اضطراب بارداریشان را با همسر و خانواده سخت می‌دانستند و تصویری کردند که حرف زدن در مورد این مسأله؛ نه تنها کمکی به رفع آن نمی‌کند، بل که باعث افزایش اضطرابشان نیز می‌شود. البته اکثریت قابل توجهی از آنها از عکس-العمل خانواده و مسخره دانستن این موضوع از جانب آنها ترس داشتند. همچنین نمی‌دانستند که باید به کجا مراجعه کنند و یا 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 می‌توان به آن اشاره کرد. البته در کلاس‌های آموزشی و

کتابچه‌هایی که در اختیار آنها قرار گرفت، سعی شد این موانع برطرف گردد. نتایج نشان داد که ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله میانگین نمره‌ی منافع درک شده در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود که تأثیر مثبت آموزش را در رفع موانع درک شده نشان می‌دهد. همچنین در گروه آزمون میانگین نمره‌ی منافع درک شده بعد از مداخله نسبت به قبل به‌طور معنادار افزایش داشت که در گروه کنترل چنین اتفاقی رخ نداد. در مطالعه‌ی غفاری بعد از آموزش، تفاوت معناداری در میانگین نمره‌ی منافع درک شده در کاهش میزان سزارین دیده نشد که با مطالعه‌ی ما همخوانی ندارد (۲۲) که علت عدم این همخوانی، می‌تواند تأثیر قوی‌تر اطرافیان و خانواده نسبت به تصمیم‌گیری برای نوع زایمان در مقایسه با موضوعی مثل اضطراب باشد. مطالعه‌ی لاله حسنی تفاوت آماری معناداری را در موانع درک شده‌ی افرادی که رفتار خودآزمایی پستان انجام می‌دهند و گروهی که انجام نمی‌دهند، نشان داد که با مطالعه‌ی ما همسومی باشد. (۲۷)

قبل از مداخله میانگین نمره‌ی خودکارآمدی بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و در هر دو گروه پایین بود. اکثریت زنان باردار در خود، توانایی یادگیری و انجام روش‌های کنترل اضطراب و غلبه بر آن را نمی‌دیدند و حتی در توانایی خود برای صحبت کردن در مورد این مسأله با همسر و خانواده شان تردید داشتند، اما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. در گروه آزمون نیز میانگین نمره‌ی خودکارآمدی، طی زمان‌های بررسی شده پس از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنادار داشته، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند. شرکت در کلاس آموزشی و آموزش‌هایی که در این کلاس‌ها برای افزایش خودکارآمدی زنان باردار در جهت غلبه‌ی بر اضطراب صورت گرفت، می‌تواند دلیل این تفاوت باشد.

از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنادار داشته، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی راهنمای عمل در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند.

به نظر می‌رسد از وسایل ارتباط جمعی و رسانه‌ها نیز بتوان به‌عنوان راهنمای عمل در رفع اضطراب زنان باردار استفاده کرد. در مطالعه‌ی رحیمی و همکاران آگاهی و عملکرد مطلوب زنان باردار نسبت به ورزش استفاده کرد. تقدیمی و عسگری‌نژاد نیز در مطالعات خود در زنان باردار، استفاده از وسایل ارتباط جمعی را از ضروریات دانسته و آن را پیشنهاد کرده‌اند (۲۹،۳۰ و ۳۱).

همچنین نتایج این مطالعه، نشان داد که میانگین نمره‌ی عملکرد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و پایین بود، اما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله میانگین نمره‌ی عملکرد در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. اکثریت زنان باردار بعد از آموزش بیان کردند که در صورت بروز اضطراب، حتماً جهت برطرف کردن آن اقدام می‌کنند و در مورد آن با همسر و خانواده‌شان صحبت کرده و از یک مشاور کمک خواهند گرفت. همچنین در گروه آزمون میانگین نمره‌ی عملکرد ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله نیز افزایش معنادار داشته، اما در گروه کنترل میانگین نمره‌ی عملکرد در سه زمان ذکر شده با هم تفاوت معنادار نداشتند. در مطالعه‌ی رحیمی کیان در خصوص تأثیر آموزش بر اساس مدل باور بهداشتی بر انتخاب روش زایمان، مقایسه‌ی دو گروه تجربه و شاهد نشان داد که در میانگین نمره‌ی عملکرد زنان باردار بعد از آموزش اختلاف معنادار وجود دارد (۳۲). در مطالعه‌ی شریفی راد با عنوان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیشگیری‌کننده از کشیدن سیگار در دانش‌آموزان دبیرستانی، میانگین نمره‌ی عملکرد در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از افزایش معنادار داشت (۳۳) که با مطالعه‌ی ما همسواست، اما

در جلسات مربوط به خودکارآمدی، از تکنیک بحث گروهی استفاده شد. به طوری که همه‌ی شرکت‌کنندگان توانستند نظریات خود را در خصوص عوامل و علت‌های اضطراب دوران بارداری ارائه دهند. سپس آموزشگر ضمن جمع‌بندی نظریات به ارائه‌ی الگوی صحیح رفتاری در خصوص کاهش اضطراب دوران بارداری پرداخت. مطالعه باستانی که نشان داد برنامه‌ی آموزشی، ضمن افزایش میزان خودکارآمدی، سبب کاهش میزان اضطراب زنان باردار نخست‌زا شده بود (۲۸)، با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. همچنین مطالعه‌ی محبی. در برنامه آموزش تغذیه در افزایش وزن بارداری (۲۱) با مطالعه‌ی ما همسواست.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی ما میانگین نمره‌ی راهنمای عمل قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنادار نداشت و در سطح پایین بود، اما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله میانگین نمره‌ی راهنمای عمل در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود که نشان‌دهنده‌ی تأثیر آموزش و جزوات آموزشی می‌باشد. راهنما برای عمل می‌تواند پیشگویی‌کننده‌ی قوی برای انجام رفتار مورد نظر بهداشتی باشد. به طوری که استفاده از کتابچه‌های آموزشی و همکاری همسران در این زمینه، باعث افزایش معنادار در میانگین نمره‌ی راهنمای عمل شده است. در کتابچه‌های آموزشی که در اختیار خانم‌های باردار قرار گرفت، قسمتی به نقش همسرانشان در ایجاد آرامش و رفع اضطراب زنان در طول بارداری اشاره و راهکارهایی در این زمینه ارائه شده بود که نتایج، نشان داد مؤثر بوده است. می‌توان مشارکت همسران را به‌عنوان راهنمای عمل خارجی در جهت رفع اضطراب زنان باردار و افزایش اثربخشی کلاس‌های آموزشی و همچنین تداوم رفتار درست و سالم در خانواده دانست که البته پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حضور آنها در کلاس‌های آموزشی نیز استفاده‌ی مؤثر گردد. در گروه آزمون نیز میانگین نمره‌ی راهنمای عمل، ۴ و ۸ هفته بعد

مطالعه‌ی ترشیزی که با عنوان آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در به‌کارگیری عوامل پیشگیری‌کننده از استئوپروز در زنان یائسه انجام شد، تفاوت معناداری در عملکرد بعد از آموزش در گروه آزمون مشاهده نشد که با مطالعه‌ی ما همخوانی ندارد. به‌نظر می‌رسد عوامل متعدد دیگری غیر از آموزش برای تغییر عملکرد در این گروه، از جمله دسترسی اقتصادی جهت مصرف لبنیات و مکمل‌های ضروری و غیره لازم باشد (۳۴). مطالعه‌ی Lagampan در کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در انجام تست خون جهت غربال‌گری تالاسمی، عملکرد در هر دو گروه آزمون و شاهد افزایش معنادار داشته، اما این افزایش در گروه آزمون بیشتر بوده که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. (۳۵)

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به عدم حضور همزمان همسران زنان باردار در کلاس‌های آموزشی اشاره کرد که این خود، به‌دلیل کمبود فضای آموزشی بود. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثرات قابل توجهی که همسران زنان باردار می‌توانند در کاهش اضطراب بارداری داشته‌باشند، در تحقیقات بعدی از حضور همزمان زوجین در این کلاسها استفاده گردد. همچنین با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای مشابه که اضطراب بارداری را مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در زنان باردار بررسی کرده‌باشد، پژوهشگر، به‌ناچار در قسمت بحث مقاله، از مطالعاتی که تأثیر آموزش در موضوعات دیگر را مبتنی بر این مدل سنجیده بودند، استفاده کرده-

است.

نتایج این مطالعه، نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله‌ی آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، خودکارآمدی، راهنمای عمل و عملکرد زنان باردار در خصوص اضطراب بارداری می‌باشد. باتوجه به این نتایج و در نظر گرفتن اهمیت موضوع کنترل اضطراب در دوران بارداری و این‌که مطالعات مداخله‌ای مبتنی بر مدل که می‌تواند با در نظر گرفتن عوامل مختلف تأثیرگذار بر اضطراب بارداری، به برطرف کردن این عوامل و بهبود رفتار زنان باردار در این خصوص منجر شود، بسیار نادر است. پیشنهاد می‌شود که محققان در نقاط مختلف کشور برنامه‌های آموزشی ویژه‌ی کاهش اضطراب دوران بارداری را طراحی و اجرا کنند تا در نهایت به تدوین یک برنامه و الگوی آموزشی استاندارد جهت کاهش اضطراب دوران بارداری در کشور منجر گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل کار پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی آموزش بهداشت به شماره ۳۹۱۳۲۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. محققان این طرح بر خود لازم می‌دانند از مسئولان و پرسنل شبکه‌ی بهداشت و درمان شهرستان دورود و همچنین کلیه‌ی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Moein Z. Mental health of mothers during pregnancy. Cultural Affairs and Prevention publication, 2001.
2. Nicols F, Zwelling E. Maternal and newborn nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1997. 2
3. Dennerstein L, Estebri J, Mors K. Women's Health (Psychosocial aspects and mental health). Tehran: Boshra publication; 2003.
4. Mardanihamule M, Ebrahimi E. Mental Health Status of Pregnant Women Referring to Shahinshahr Health Care Centers. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery, 2010; 7(17): 27-33. [Persian]
5. 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. [Persian]
6. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression, and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry, 2012 ; 25(2):141-8.
7. Babanazari L, Kafi M. Comparative study of anxiety in relation to different periods of pregnancy, marital

- satisfaction and demographic factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2008;14(2): 206-13. [Persian]
8. Shayeghian Z, Rasolzadeh Tabatabaey SK, Seddighilooye E. Effect of Maternal Anxiety during Third Trimester on Pregnancy Outcomes and Infants' Mental Health. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*, 2009; 14(3-4): 57-64. [Persian]
 9. Ghazavi H, Ahadi M, Aghasi Yazdi Z, Behzadmehr A. Anxiety in pregnancy. *Journal of Raze Behzista*, 2008;17(35):19-21. [Persian]
 10. Nasiri Amiri F, Salmalian H, Ahmadi AM, Mohammadpour RA. The Association between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth and Birth Weight. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2010; 12(6): 650-4. [Persian]
 11. 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. [Persian]
 12. 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. [Persian]
 13. Hosseini Shahidi L, Moghimian M, Tavakkoli Zadeh J. The comparison of depression in wanted and unwanted pregnancies. *Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services*, 2002; 8(2):90-5. [Persian]
 14. Motevally E, Faizi Z, Ganji T, Haghani H. Effect of watching childbirth by videotape on anxiety level of primigravid mothers. *Iran Journal of Nursing*, 2002; 15-16(32-33): 100-5. [Persian]
 15. Glance K, Marcus F, Barbara L. *Health Behavior and Health Education (Theory, Research, Operation)*. Translated by: Forough Shafiei. Tehran: Ladan publication; 1997:68-84.
 16. Shojae zadeh D, Mehrab baic 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. [Persian]
 17. Khazaie pool M, Ebadi azar F, Solhi M, Asadi Iari 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. [Persian]
 18. Ebadi Fard Azar F, Solhi M, Zohoor AR, Ali Hosseini M. The effect of Health Belief Model on promoting preventive behaviors of osteoporosis among rural women of Malayer. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2012; 16(2): 58-64. [Persian]
 19. Bahadoran P, Mohamadlibeygi N. Stress and anxiety during pregnancy. *Journal of Nursing & Midwifery Research*, 2005; 27. [Persian]
 20. Nasiri M. *Pregnancy & Childbirth Mental Health*. Tehran: Boshra publication; 2000. [Persian]
 21. Mohebi M. Effect of Nutrition Education Program on the Recommended Weight Gain in during Pregnancy Application of Health Belief Model: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 2012;6(1): 23-30. [Persian]
 22. Ghaffari M, Sharifirad Gh, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. Health Belief Model-Based Education & Reduction of Cesarean among Pregnant Women: An Interventional Study. *Health System Research*, 2011;7(2): 200-8. [Persian]
 23. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH, Hughes S, Dean-McElhinny T, Trail L. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the Expanded Health Belief Model. *Pediatr Diabetes*, 2001;2(1):30-9.
 24. Ebadi fard Azar F, solhi M, pakpur A, yekani nejad 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. [Persian]
 25. Sharifirad Gh, Hazavehie SMM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*, 2006;8(3): 231-9. [Persian]
 26. Tajik R, Shamsi M, Mohamadbeigi A. Knowledge, attitude and behavior of mothers in the arbitrary use of drugs in Arak. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research*, 2011;10(2): 197-204. [Persian]
 27. - Hassani L, Aghamolaei T, Tavafian SS. Exercise Self-efficacy, Exercise Perceived Benefits and Barriers among Students in Hormozgan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2009;4(3-4): 9-15. [Persian]
 28. Bastani F, Heidar Nia AR, Vafaei M, Kazem Nejad A, Kashanian M. The effect of relaxation training based on self-efficacy theory on mental health of pregnant women. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*, 2006; 12(45): 109-16. [Persian]

29. Rahimi S, Sayed Resoli E. analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women towards sport during pregnancy. Iranian nursing periodic, 2004; 17(40):6-10. [Persian]
30. NejadSadeghi E, Taghdisi MH. Evaluation of pregnant women in the field of Urinary Tract Infection according to the components of Health Belief Model. Journal of Jahrom University of Medical Sciences, 2011;8(4): 36-42. [Persian]
31. Askeri Nejad M, Bakhshi H. Analysis of awareness, attitude and actions of pregnant women of Rafsanjan towards the importance of care taking during pregnancy in the year 2000. Rafsanjan Medical science University magazine, 2002; 1(3):1-7. [Persian]
32. Rahimikian F., Mirmohamadali M., Mehran A., Aboozari K, Salmaanibarough N. Effect of Education Designed based on Health Belief Model on Choosing Delivery Mode. HAYAT, 2009; 14(3-4): 25-32. [Persian]
33. Sharifi-rad G, Hazavei M, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh), 2007; 10(1): 79-86. [Persian]
34. Torshizi L , Anoosheh M , Ghofranipour F , Ahmadi F , Houshyar-rad A. The effect of education based on Health Belief Model on preventive factors of osteoporosis among postmenopausal women. Iran Journal of Nursing, 2009 ; 22(59): 71-82. [Persian]
35. Lagampan S, Lapvongwatana P, Tharapan C, Nonthikorn J. Health Belief Model teaching program for thalassemia education in high school students. Chula Medical Journal, 2004; 48(11): 723-35.

Effectiveness of education on anxiety among primiparous women based on Health Belief Model constructs

Sahar Sabooteh.,

PhD Student of Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Hossein Shahnazi*,

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

Gholamreza Sharifirad .,

Professor, Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Akbar Hassanzadeh.,

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

Received:15/05/2014, Revised:23/07/2014, Accepted:24/08/2014

Corresponding author:

Hossein Shahnazi, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
E-mail: h_shahnazi@yahoo.com

Abstract

Background and purpose: According to investigations, not considering the side effects of anxiety on a fetus, baby and pregnancy outcomes, as a result of lack of proper training and adequate information in terms of pregnancy common cares, pregnant women hypothesize anxiety as a common sense that will be improved spontaneously. So present study was aimed at evaluating effectiveness of education on anxiety among primiparous women based on Health Belief Model (HBM).

Materials and Methods: An experimental (interventional) study matched with two randomized group. using pre-test and post-test on the 88 eligible primiparous women (n = 44 per group) was performed. Data were gathered by using a researcher made questionnaire that its validity and reliability were confirmed. Education was conducted in three sessions (1hour for each one) tailored with HBM constructs, using lectures, group discussions, inquiries, PowerPoints and booklets. Evaluation was included implementing post-test, 4 and 8 weeks after last education session. Collected data were analyzed by SPSS (ver.20) software, using following methods: statistical test including Chi-square, Independent T-test and repeated measure one way analysis of variance (ANOVA), significant level was taken less than 0.05.

Results: The achieved results indicate that the averages of age, education, job status and income were not significantly different for both groups ($p > 0.05$). In our study, the mean scores of knowledge, perceived sensitivity, perceived severity, perceived benefits and barriers, cues to action, self-efficacy and individuals performance, 4 weeks after intervention ($p < 0.001$) and 8 weeks after intervention ($p < 0.001$) had significantly more magnitudes in case group compared to control group. After intervention, repeated measure Anova also showed a significant increase in case group regarding knowledge (from 32.1 to 89.1), perceived sensitivity (from 34.8 to 91.5), perceived severity (from 31.82 to 88.48), perceived benefits (from 39.28 to 92.41), perceived barriers (from 26.93 to 88.61), cues to action (from 24.65 to 92.03), self-efficacy (from 29.71 to 88.75) and person performance (from 28.83 to 94.63) in significant level of $p < 0.001$. While, there was not observed significant change in control group ($p < 0.05$).

Conclusion: According to achieved results which indicate meaningful effects of education on increasing the knowledge of pregnancy and common cares, changing people beliefs and performances in terms of pregnancy anxiety based on HBM and also considering the fact that increasing mother and babies health level leads to higher health level for families and societies, it is expected that health planners and authorities must show more respect to this issues,

Keywords: Anxiety, Health Belief Model, Education, Primiparous women