

مقاله اصلی

تاثیر آموزش بر انجام ورزش های پس از زایمان با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۳

خلاصه

مقدمه

زندگی امروزه، سلامت زنان را به مخاطره افکنده که بدون حمایت های سازمانی، زنان درگیر شیوه های زندگی ناسالم می شوند. با توجه به کاربرد مدل های آموزش بهداشت، هدف مطالعه حاضر: تعیین تاثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان انجام ورزش های پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس در سال ۹۲-۹۱ بود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی، بر ۱۹۵ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان بندرعباس در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲، بود. با نمونه گیری تصادفی، زنان در سه گروه آزمون، کنترل اول و کنترل دوم قرار گرفتند. آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی، طی ۴ جلسه آموزشی جهت زنان گروه آزمون آغاز گردید. به نمونه های گروه کنترل دوم، سی دی و جزوه آموزشی داده شد. در گروه کنترل اول نیز هیچ مداخله ای انجام نشد و صرفاً مراقبت های روتین پس از زایمان را دریافت نمودند. در نهایت اطلاعات با استفاده از آزمون های آماری و نرم افزار Spss، و با در نظر گرفتن سطح معناداری $p < 0.05$ تجزیه، تحلیل و تفسیر گردید.

نتایج

میانگین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه آزمون تفاوت معنی داری نسبت به گروه های کنترل نشان داد. ($p < 0.000$). تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که موانع درک شده موثرترین عامل در سازه های این مدل بر عملکرد زنان بوده است ($p < 0.000$).

نتیجه گیری

آموزش براساس مدل تاثیرات موثری بر بهبود عملکردهای رفتاری افراد دارد.

کلمات کلیدی: زنان نخست زایمان، مدل های آموزش بهداشت، ورزش های پس از زایمان

پی نوشت: این مقاله با کد IRCT201211179463N6 در سامانه کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

^۱ساناز صفرزاده*

^۲زهرا بهبودی مقدم

^۳محسن صفاری

۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری

مامایی بندرعباس، بندرعباس، ایران

۲- استادیار پرستاری، دانشگاه پرستاری مامایی،

تهران، تهران، ایران

۳- استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه

بهداشت بقیه الله تهران، تهران، ایران

*بندرعباس - دانشکده پرستاری مامایی

بندرعباس، بندرعباس، ایران

تلفن: +۹۸-۹۱۲۲۴۹۴۲۰۱

email:sa_sa_arshad90@yahoo.com

مقدمه

زندگی مدرن و ساختار اجتماعی جامعه امروز، سلامت جسمی و روانی زنان را به مخاطره افکنده است که بدون حمایت های اجتماعی و سازمانی برای آموزش رفتارهای سالم و ایجاد محیط های امن، خانم ها در محیط های مختلف درگیر شیوه های زندگی و تغییرات روانی و اجتماعی می شوند که به عدم فعالیت بدنی، انزوای، افسردگی و افزایش وزن پس از زایمان، منجر خواهد شد (۱). اضافه وزن و چاقی یک معضل اپیدمیکی در جهان می باشد که باعث افزایش بیماری هایی مانند دیابت نوع ۲ و بیماری های گردش خون و سرطان های خاص شده است و از طرفی زنان در خطر بیشتری برای اضافه وزن طولانی مدت به دنبال دوران بارداری و پس از زایمان هستند (۲، ۳).

دوره پس از زایمان مرحله ای بحرانی است که نه تنها سلامت جسمی و ذهنی مادران، بلکه ساختار کل خانواده در این زمان تحت تاثیر قرار می گیرد (۴). حمایت از جانب گروه به خصوص برای خانم هایی که نخستین بار زایمان کرده اند، اهمیت زیادی دارد. بنابراین قرارگیری در یک گروه ورزشی یا شرکت در یک کلاس حمایت از مادران می تواند مفید باشد (۱).

برای ارتقای سلامت زنان در دوره پس از زایمان و برای اینکه زنان بتوانند عمری طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی داشته باشند، لازم است دانش و آگاهی کافی برای تغییر رفتار یا ایجاد یک رفتار مناسب از جمله انجام ورزش های دوره پس از زایمان، را بدست آورند عموماً عقیده بر این است که افراد جهت تغییر رفتار های بهداشتی نیازمند کمک و آموزش می باشند (۵). در راستای حصول به چنین هدفی، شناخت عوامل موثر در ایجاد رفتار، ایجاد تغییر را آسان خواهد کرد. از آنجایی که برخی از مطالعات انجام شده، نشان داده که مداخله آموزشی صرف، در زمینه انجام تمرینات ورزشی دوران پس از زایمان، تنها در درصد کمی از زنان در این دوره موثر واقع شده و تمام جنبه های آموزشی مورد توجه قرار نگرفته، بنابراین لازم است مداخلات آموزشی خاصی، در این زمینه صورت گیرد. بدین منظور محققان از مدل ها برای تغییر رفتار کمک گرفته اند که یکی از این مدل های موثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی می باشد (۶، ۷). اصطلاح ارتقاء سلامتی که بسیاری افراد از آن به جای

اصطلاح آموزش بهداشت استفاده می کنند، از رویکرد های آموزشی و رایج در جهت ایجاد سلامتی و جامع تر از آموزش بهداشت است و به معنای ترکیب آموزش و حمایت های محیطی در جهت تغییر رفتارها و شرایط تقویت کننده سلامتی می باشد. حمایت های محیطی در این تعریف به شرایط سازمانی، اجتماعی و سیاسی بر می گردد که محور رفتارها بوده یا به طور مستقیم مرتبط با سلامتی هستند (۸). برنامه های موثر سلامت عمومی، ارتقای سلامت و کنترل بیماری های مزمن می توانند به مردم کمک کنند تا سلامتی خود را حفظ و بهتر نمایند. در این راستا، تئوری ها، ابزارهایی را در اختیار برنامه ریزان قرار می دهند تا فراتر از درک ذهنی و براساس شناخت رفتار، برای طراحی و ارزشیابی رفتار بهداشتی و مداخلات ارتقای سلامت اقدام نمایند (۹). انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب، برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می دارد. یکی از مدل های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی است (۱۰).

مدل اعتقاد بهداشتی یکی از اولین تئوری هایی است که منحصرأ برای رفتار های مربوط به سلامت به وجود آمد. این مدل ادراکات فرد را در حد شدید یک مشکل در ارتباط با سلامت وی و ارزیابی همراهی یک رفتار توصیه شده جهت پیشگیری یا اداره کردن مشکل، نشان می دهد. ساخت های این مدل، راهنمایی ویژه ای را در سطح خرد برای برنامه ریزی قسمت مربوط به چگونگی مداخلات فراهم می سازد. مدل اعتقاد بهداشتی بر چگونگی تغییر رفتار مرتبط با بهداشت افراد تاکید می کند. آموزش دهندگان بهداشت، رفتار های بهداشت مردم را از طریق این مدل و به وسیله درک عقاید آنها نسبت به بهداشت و سلامتی، بررسی و توصیف می کنند. مناسب ترین کاربرد این مدل برای برنامه هایی است که بر یک مشکل سلامتی مشخص متمرکز هستند که می توان آنها را در قالب ۳ دسته جای داد: دسته اول، برای مدل سازی پژوهش رفتاری و ایجاد ابزار مانند ایجاد مقیاس اعتقاد بهداشتی برای ایدز، تعیین عوامل مرتبط با مرگ و میر نوزادان، پالایش ابزار غربالگری سرطان پستان، درگیر نمودن دندانپزشکان در پیشگیری از اختلالات ناشی از

اهمیت بوده و به حل مشکلات زنان در این دوره کمک می کند، از طرف دیگر با توجه به اینکه در زمینه بررسی تاثیر این مدل بر انجام ورزش های پس از زایمان در زنان نخست زا در کشور ما مطالعات محدودی انجام گرفته، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه ای در این زمینه با هدف تعیین تاثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام ورزش های پس از زایمان در زنان نخست زا انجام دهد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای با سه گروه آزمون و کنترل (کنترل اول و کنترل دوم) بود که با هدف تاثیر آموزش بر انجام ورزش های پس از زایمان با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی، ناحیه ۱ و ۲ بندرعباس در سال ۹۱-۹۲ انجام گرفت. در این مطالعه نمونه گیری تصادفی و براساس جدول اعداد تصادفی بود. افراد نمونه در این پژوهش شامل ۱۹۵ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده مراکز بهداشتی درمانی ناحیه ۱ و ۲ بندرعباس، بودند که جهت انجام مراقبت های پس از زایمان به این مراکز مراجعه نمودند و دارای معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست زا، زایمان به روش واژینال، زایمان ترم (۳۷-۴۲ هفته)، حداقل ۱۰-۱۵ روز از زمان، نداشتن خونریزی پس از زایمان، عدم بستری نوزاد در بیمارستان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه شرکت در کلاس های آموزشی با محوریت ورزش های پس از زایمان و عدم وجود هرگونه اختلال جسمی و روانی شناخته شده، بودند. معیار های خروج در این مطالعه شامل پیدایش هرگونه بیماریهای جسمی و روانی شناخته شده در طول مطالعه و عدم حضور مداوم شرکت کنندگان در جلسات هفتگی در گروه مداخله بود.

ابزار گردآوری داده های در این مطالعه، پرسشنامه بود که توسط پژوهشگر طراحی گردید. این نکته قابل ذکر است، در مداخلاتی که براساس مدل های آموزشی انجام می شود، پایه و اساس سوالات پرسشنامه، براساس سازه های مدل معمولاً، یکسان است و با توجه به متغیر مورد مداخله، تغییراتی در آن اعمال می شود. در این پژوهش، از پرسشنامه های مقالات موجود در مروری بر متون برای تنظیم پایه و اساس پرسشنامه، با توجه به ورزش های

خوردن، مدل سازی برای رفتار فعالیت فیزیکی و... به کار رفته است (۱۱). دسته دوم، کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی، به عنوان پیشگیری اولیه است یعنی هنگامی که مدل اعتقاد بهداشتی برای آموزش بهداشت در مورد پیشگیری از بیماری یا برای حفاظت اختصاصی علیه بیماریها، نظیر ایمن سازی به کار رفته است. از جمله مثال های آن می توان به استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در جهت ارتقاء استفاده از کلاه ایمنی در دو چرخه سواری، ترویج استفاده از کاندوم، کاهش سوء مصرف مواد، ارتقاء رفتار تغذیه ای سالم، انجام آزمایش ژنتیک، ترویج واکسیناسیون بر علیه هپاتیت ب، ایمنی مواد آفت کش و... اشاره کرد و دسته سوم از کاربرد های مدل اعتقاد بهداشتی، غربالگری بیماریها، پذیرش درمان و سایر وظایف مربوط به پیشگیری ثانویه است که از جمله مثال های آن می توان به رعایت دارو درمانی علیه مالاریا، خود آزمایی پستان و ماموگرافی، غربالگری سرطان دهانه رحم، بررسی وضعیت شناختی در بیماری آلزایمر، غربالگری سرطان کولورکتال، رعایت دارو درمانی در پوکی استخوان و... اشاره کرد (۱۲).

براساس مدل اعتقاد بهداشتی، اتخاذ رفتار بهداشتی بستگی به این دارد که افراد مشکل و مسأله خاص بهداشتی (باقی ماندن اضافه وزن پس از زایمان) را باور کنند، واقعیت آن را بپذیرند، نسبت به تاثیر آن بر سلامت حساس بوده و احساس خطر نمایند و مشکل مورد نظر را به عنوان یک مشکل جدی در سلامت شان مورد توجه قرار دهند و عوارض مختلف آن را (کاهش قدرت عضلات شکم و کف لگن، بی اختیاری ادراری و بالا ماندن نمایه توده بدنی در بارداری های بعدی) در ابعاد مختلف سلامتی خود درک کنند، سپس با راهنمایی هایی که از محیط خود دریافت می کنند، متقاعد شده باشند که فعالیت های پیشگیری (انجام تمرینات ورزشی پس از زایمان) در عین حال که بسیار مفید و قابل اجرا هستند، از نظر اقتصادی برای آنان مقرون به صرفه می باشد و عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم هزینه تر از فواید آن ببینند، در نتیجه فراهم شدن چنین شرایطی اقدامات پیشگیرانه بهداشتی را سریعاً انجام خواهند داد (۱۳). با توجه به شرح وظایف ماما و نقش او در ارتقاء سلامت زنان در چرخه های مختلف زندگی، پرداختن به دوره پس از زایمان بسیار حائز

دوران پس از زایمان و انجام تغییرات لازم در این زمینه، استفاده شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گرد آوری داده ها، از اعتبار محتوا استفاده شد که با استفاده از مطالعات کتابخانه ای و منابع موجود شامل کتب، مجلات و سایت های اینترنتی معتبر و پژوهش های انجام شده در رابطه با موضوع پژوهش، از پرسشنامه ای که تحت نظر ۱۰ نفر از اعضای دانشکده پرستاری مامایی تهران و ایران و دانشکده تربیت مدرس بود، جهت تعیین اعتبار استفاده شد. پرسشنامه نهایی پس از اعمال نظرات و تکمیل توسط ۱۰ نفر از افراد دارای مشخصات واحدهای پژوهش طی دو مرحله به فاصله زمانی دو هفته تکمیل و با توجه به ضریب همبستگی ($\alpha = 0.84$)، پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از تعیین ابزار پژوهش، مشخص کردن روایی و پایایی آن، به مراکز منتخب بهداشتی درمانی ناحیه ۱ و ۲ بندرعباس مراجعه کرده، پس از معرفی خود، بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت مشارکت کنندگان در پژوهش، شروع به نمونه گیری کرد، نمونه گیری در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول افرادی که دارای معیار های ورود به پژوهش بودند مشخص شد و در مرحله دوم افراد به طور تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی، در سه گروه آزمون، کنترل اول و کنترل دوم قرار گرفتند ابتدا همه شرکت کنندگان به پرسشنامه (پیش آزمون) به صورت کتبی و در حضور پژوهشگر (برای رفع ابهامات احتمالی نمونه ها) پاسخ دادند. سپس مداخله برای گروه آزمون انجام شد. گروه آزمون به ۳ زیر گروه ۲۲ نفری تقسیم شدند و آموزش های لازم براساس اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل) توسط خود پژوهشگر برای آنها، طی ۴ جلسه ۶۰ دقیقه ای، یک روز در هفته، برای هر زیر گروه، ارائه گردید (یکشنبه، سه شنبه، پنج شنبه).. جلسات آموزش به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش فیلم، ارائه سی دی و جزوه آموزشی و انجام تمرینات ورزشی بود. در جلسه اول و دوم محور محتوای آموزشی، بیان مطالبی مبنی بر فواید ورزش پس از زایمان و اهمیت خطر باقی ماندن اضافه وزن و عوارض ناشی از زایمان از جمله بی اختیاری ادراری و کاهش قدرت عضلات شکم و کف

لگن می باشد که به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ ارائه شد و در انتها یک جزوه آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد که شامل موارد آموزش داده شده در این ۲ جلسه بود و هدف از ارائه این جزوه آموزشی به عنوان راهنمای عمل، افزایش حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی و کاهش موانع درک شده بود. در جلسه سوم محور محتوای آموزشی شامل بحث گروهی بوده که برای غلبه بر موانع درک شده (تصور پرداخت هزینه های گزاف جهت شرکت در کلاس های آموزشی در دوره های پس از زایمان و تداخل با زندگی روزمره و موانع فرهنگی از قبیل ماندن زنان در خانه در دوران پس از زایمان) افراد به بحث گروهی تشویق شدند تا موانع را با منافع مقایسه کرده و به تصمیم گیری جمعی برسند و در جلسه چهارم برای ارائه یک مثال کاربردی از خودکارآمدی، یک فیلم به نمایش گذاشته شد که در آن به زبان ساده، نحوه اجراء تمرینات ورزشی، محاسن آن و عدم تداخل این تمرینات با زندگی روزمره را بیان کرد و در نهایت این فیلم آموزشی به صورت سی دی به همه افراد گروه آزمون اهدا شد. همزمان با شروع مداخله در گروه آزمون، سی دی و جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل دوم قرار گرفت. مطالب بیان شده در این گروه، صرفاً نوع تمرینات ورزشی پس از زایمان بود، در صورتی که در گروه آزمون، آموزش به صورت مدون و براساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. در هر دو گروه آزمون و کنترل دوم، از افراد درخواست شد که تمرینات ورزشی موجود در سی دی آموزش را به مدت ۳ ماه، هفته ای دو بار انجام دهند و پس از اتمام این دوره برای پاسخ به پرسشنامه (پس آزمون)، به این مراکز مراجعه کنند. در طی این مدت نیز، پیگیری تلفنی به صورت هفتگی توسط پژوهشگر انجام شد. در انتها پژوهشگر شماره تلفن خود را در اختیار آنها قرار داد تا در صورت وجود سوالات احتمالی تماس بگیرند. گروه کنترل اول نیز مراقبت های روتین دوره پس از زایمان را دریافت کردند. ارزشیابی گروه کنترل اول نیز ۳ ماه بعد از تکمیل اولین پرسشنامه ها انجام شد. در نهایت اطلاعات با استفاده از آزمون های آماری (جدول توزیع فراوانی، کای دو و آنووا) و نرم افزار SPSS و با در نظر گرفتن سطح معناداری $p < 0.05$ تجزیه، تحلیل و تفسیر گردید.

نتایج

در این پژوهش به "بررسی تاثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان انجام ورزش های پس از زایمان در زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ناحیه ۱ و ۲ بندرعباس" در سه گروه کنترل اول، گروه کنترل دوم (آموزش صرف) و گروه آزمون (آموزش براساس مدل)، پرداخته شد. یافته های حاصل از پژوهش شامل مشخصات دموگرافیک واحد های پژوهش، وضعیت ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده، راهنمای عمل و خود کار آمدی) بود و در قالب ۵ جدول خلاصه گردیده است. در این پژوهش مشخصات دموگرافیک شامل: سن زن، میزان نمایه توده بدنی زن، سن همسر، سطح تحصیلات زن، سطح تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال زن، وضعیت اشتغال همسر، سابقه ازدواج قبلی، نوع خانواده، کفایت درآمد خانواده، عوامل موثر بر انجام ورزش های پس از زایمان، سابقه انجام تمرینات ورزشی توسط اعضای خانواده، سابقه ورزش کردن در طول دوران بارداری و قبل از زایمان، مطالعه پیرامون ورزش و فواید آن، منابع مورد مطالعه، میزان آگاهی از ورزش های پس از زایمان بود. نتایج حاصل از آزمون های آماری کای اسکوتر و آنالیز واریانس آنوا حاکی از آن است هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک در سه گروه، تفاوت آماری معناداری نداشته است ($p > 0.05$) و سه گروه از نظر متغیر های فوق همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۲ میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی را در گروه کنترل اول قبل و ۳ ماه بعد از مداخله مقایسه کرده است. نتایج آزمون تی زوج نشان داد در ابعاد حساسیت درک شده ($p=0.057$)، شدت درک شده ($p=0.020$)، موانع درک شده ($p=0.071$) و خود کارآمدی ($p=0.017$) تفاوت آماری معنی داری در قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اول وجود نداشته است که با توجه به اینکه این گروه، صرفاً مراقبت های روتین پس از زایمان را دریافت کرده بودند، وجود تغییر نیز قابل انتظار نبود. جدول ۳ میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی را در گروه کنترل دوم قبل و ۳ ماه بعد از مداخله مقایسه کرده است.

جدول ۱- مقایسه بیشترین درصد فراوانی متغیرهای

دموگرافیک در سه گروه کنترل اول و دوم و گروه آزمون

Pvalue	گروه متغیر			گروه متغیر
	کنترل اول	کنترل دوم	آزمون	
۰/۲۱	۴۱/۵	۳۶/۹	۳۵/۵	سن زنان (۲۴-۲۰ سال)
۰/۳۸	۶۱/۵	۶۰	۶۷/۷	نمایه توده بدنی (۲۶-۱۹/۸)
۰/۳۸	۳۵/۴	۳۳/۸	۲۹/۲	میزان تحصیلات زن (پیش دانشگاهی)
۰/۵۳	۶۶/۲	۸۶/۲	۷۰/۸	شغل زن (خانه دار)
۰/۸۳	۸۹/۲	۹۲/۳	۹۰/۸	سابقه ازدواج قبلی (نداشته)
۰/۲۹	۴۷/۶	۴۳	۴۷/۶	سن همسر (۲۹-۲۵)
۰/۴۹	۶۴/۴	۵۵/۴	۶۱/۵	شغل همسر (آزاد)
۰/۲۰	۳۶/۹	۳۳/۸	۲۳/۱	میزان تحصیلات همسر (پیش دانشگاهی)
۰/۹۳	۶۰	۶۱/۵	۶۱/۵	نوع خانواده (هسته ای)
۰/۲۱	۴۴/۶	۵۰/۸	۴۳/۱	درآمد (نسبتاً کافی)
۰/۴۰	۹۳/۸	۹۸/۵	۹۵/۴	شیردهی به نوزاد
۰/۳۵	۷۶/۹	۹۰/۸	۷۳/۸	زایمان بدون ابزار
۰/۴۱	۵۲/۳	۵۶/۹	۵۶/۹	سابقه ورزش در خانواده (خیر)
۰/۱۶	۹۵/۴	۵۶/۹	۷۵/۴	مطالعه پیرامون ورزش
۰/۲۰	۴۶/۲	۳۰/۸	۴۴/۶	نوع منبع اطلاع رسانی (کتاب)
۰/۵۸	۹۲/۳	۹۰/۸	۹۵/۴	سطح آگاهی از تاثیر ورزش بر مقاومت عضلات
۰/۴۶	۷۸/۵	۸۴/۵	۸۶/۲	سطح آگاهی از تاثیر ورزش بر بی اختیاری ادراری
۰/۱۰	۷۸/۵	۸۱/۵	۸۹/۳	سطح آگاهی از تاثیر ورزش بر باقی ماندن وزن

نتایج آزمون تی زوج نشان داد در ابعاد حساسیت درک شده ($p=0.046$) و شدت درک شده ($p=0.031$)، موانع درک شده ($p=0.041$)، منافع درک شده ($p=0.063$)، راهنمای عمل ($p=0.052$) و خود کارآمدی ($p=0.016$) قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری وجود ندارد. این امر نشان دهنده عدم تاثیر جزوه و سی دی آموزشی صرف، بدون برگزاری جلسات آموزشی، بر زنان مورد پژوهش بوده است. با توجه به اینکه در گروه آزمون مداخله آموزشی براساس مدل صورت گرفته بود، افزایش قابل انتظار بوده و به دلیل اجرا نشدن مداخله آموزشی، براساس مدل اعتقاد بهداشتی در گروه کنترل دوم، تغییر مورد انتظار نبود.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی زنان قبل و سه ماه بعد مداخله در گروه کنترل اول

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون بین گروه قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
حساسیت درک شده	۱۷/۷۰	۱۷/۸۰	$T=-۱/۲۷$ $df=۶۴$ $*P=۰/۵۷$
شدت درک شده	۳/۴۷	۳/۵۰	$T=-۲/۹۶$ $df=۶۴$ $*P=۰/۲۰$
منافع درک شده	۲/۱۳	۲/۶۰	$T=-۰/۵۶$ $df=۶۵$ $*P=۰/۲۱$
موانع درک شده	۲/۵۶	۲/۹۸	$T=-۰/۳۶$ $df=۶۴$ $*P=۰/۷۱$
راهنمای عمل	۲/۱۲	۲/۰۵	$T=-۳/۱۱$ $df=۶۴$ $*P=۰/۳۰$
خودکارآمدی	۴/۶۷	۴/۶۱	$T=-۱/۳۸$ $df=۶۴$ $*P=۰/۱۷$

*معنی دار نیست.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی زنان قبل و سه ماه بعد از مداخله در گروه کنترل دوم

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون بین گروه قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل دوم
حساسیت درک شده	۲/۷۲	۲/۵۲	$T=-۱/۳۰$ $df=۶۴$ $P=۰/۴۶$
شدت درک شده	۳/۰۷	۲/۲۶	$T=-۲/۶۲$ $df=۶۴$ $P=۰/۳۱$
منافع درک شده	۲/۶۰	۲/۳۰	$T=-۰/۵۹$ $df=۶۴$ $P=۰/۴۱$
موانع درک شده	۳/۰۹	۳/۰۷	$T=-۰/۴۶$ $df=۶۴$ $P=۰/۶۳$
راهنمای عمل	۲/۰۲	۲	$T=-۳/۱۰$ $df=۶۴$ $P=۰/۵۲$
خودکارآمدی	۶/۵۵	۳/۵۸	$T=-۱/۸۹$ $df=۶۴$ $P=۰/۱۶$

معنی دار نیست

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی زنان قبل و سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون بین گروه قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون
حساسیت درک شده	۱۶/۶۹	۲۴/۶۷	$T=۲۷/۱۸$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$
شدت درک شده	۲/۸۰	۲۳/۹۲	$T=۲۵/۵$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$
منافع درک شده	۲/۵۸	۱۵/۵۲	$T=۲۸/۷۵$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$
موانع درک شده	۲/۹۰	۸/۴۶	$T=۴۵/۲۷$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$
راهنمای عمل	۲/۲۵	۱۴/۴۴	$T=۲۰/۶۲$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$
خودکارآمدی	۴/۹۳	۱۶/۴۴	$T=۲۹/۷۲$ $df=۶۴$ $P<۰/۰۰۱$

جدول ۴ میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی را در گروه آزمون قبل و ۳ ماه بعد از مداخله مقایسه کرده است. نتایج آزمون تی زوج نشان داد در ابعاد حساسیت درک شده، موانع درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و راهنمای عمل و خودکارآمدی در گروه آزمون قبل و سه ماه بعد از مداخله تفاوت آماری وجود دارد ($p>۰/۰۰۱$). بیشترین میزان تغییر در سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، در گروه آزمون، مربوط به سازه موانع درک شده و خودکارآمدی، که مهمترین سازه این مدل بوده، می باشد، به طوریکه این میزان در مورد موانع درک شده، از ۸/۴۶٪ قبل از مداخله در گروه آزمون به ۱۹/۶۵٪ بعد از مداخله افزایش یافت و در مورد سازه خودکارآمدی این میزان، از ۱۶/۴۴٪ قبل از مداخله در گروه آزمون، به ۳۴/۵۳٪ بعد مداخله تغییر یافت.

جدول ۵- مقایسه میانگین نمرات سازه های مختلف مدل اعتقاد

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	قبل از مداخله		نتیجه آزمون بین سه گروه کنترل اول و دوم و گروه آزمون ANOVA
	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت درک شده	کنترل اول	۱۷/۸۰	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۱۷/۷۸	
	آزمون	۲۴/۶۷	
شدت درک شده	کنترل اول	۱۵/۹۸	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۱۵/۸۶	
	آزمون	۲۳/۹۲	
منافع درک شده	کنترل اول	۱۶/۹۸	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۱۶/۹۶	
	آزمون	۲۴/۸۰	
موانع درک شده	کنترل اول	۷/۹۸	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۹/۹۴	
	آزمون	۰/۹۹	
راهنمای عمل	کنترل اول	۲/۰۵	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۲	
	آزمون	۰/۸۶	
خودکارآمدی	کنترل اول	۱۶/۱۹	df=۲ P<۰/۰۰۱ معنی دار است
	کنترل دوم	۱۷/۵۵	
	آزمون	۳۴/۵۳	
		۱/۰۹	

در جدول ۵ سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در سه گروه آزمون، کنترل اول و دوم بعد از انجام مداخله بررسی گردید که طبق نتایج آماری، تفاوت معناداری بین گروه های آزمون و کنترل مشاهده گردید و بیشترین میزان تغییر در ارتباط با سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، بعد از انجام مداخله، مربوط به موانع درک شده بود به طوریکه میانگین این سازه از ۷/۹٪ در گروه کنترل اول و ۱۵/۴٪ در گروه کنترل دوم به ۱۹/۵٪ در گروه آزمون تغییر یافت. میزان خودکارآمدی زنان در ارتباط با ورزش های پس از زایمان نیز، بعد از مداخله، از ۱۹/۱٪ در گروه کنترل اول و ۲۴/۵٪ در گروه کنترل دوم به ۳۴/۵٪ در گروه آزمون ارتقا یافت، که با توجه به اینکه در گروه آزمون مداخله آموزشی براساس مدل صورت گرفته بود، افزایش قابل انتظار بود.

بحث

آموزش بهداشتی یکی از کارآمدترین روش های مداخله جهت پیشگیری از بیماری هاست زیرا هدف از آموزش بهداشت، تغییر رفتار های بهداشتی به منظور ارتقا و حفظ سلامتی است (۱۴). اما تغییر رفتار مشکل تر از آن است که بتوان با آموزش های سنتی، انتظار تحقق آن را داشت. خصوصاً آموزش بزرگسالان به راحتی امکان پذیر نیست، چرا که آنها خودشان باید تمایل به آموزش داشته باشند و باید بر رفتارهای و عملکرد آنان تاکید شود. اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشتی به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل ها دارد و یک مدل آموزشی مناسب، برنامه را در جهت و مسیر صحیح شروع کرده و قسمت های ناپیدا و مبهمی را که ممکن است در محتوای اصلی یک مداخله آموزشی وجود داشته باشد کاهش می دهد و همچنین چهارچوبی برای اندازه گیری و ارزیابی برنامه های آموزشی فراهم می کند و به این ترتیب به هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی ادامه می دهد (۱۵).

ریاضی و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان "بررسی میزان به کارگیری ورزش کگل^۱ در دوران بارداری و پس از زایمان در زنان" نتیجه گرفتند از بین افرادی که در مورد ورزش کگل آموزش دیده بودند تنها ۲۱/۶٪ زنان در دوران پس از زایمان ورزش کگل را انجام داده بودند و این بدان معنی بوده که آموزش به تنهایی موثر نبوده و منجر به تغییر رفتار نشده است. علاوه بر این، به این نتیجه رسیدند که مراقبت های دوران بارداری و پس از زایمان از کیفیت کاملاً مطلوبی برخوردار نبوده و تمام جنبه های آموزشی مورد توجه قرار نگرفته است (۶).

همچنین در مطالعه دیگری که میسون^۲ و همکاران تحت عنوان "دستورالعمل های آموزش تمرینات ورزشی کف لگن در دوران بارداری و پس از زایمان" انجام دادند، زنان مورد مطالعه آنان از گذاشتن یک دفترچه آموزشی در کنار تخت بیمارستان انتقاد کرده بودند و آن را روش موثری برای آموزش ندانسته بودند (۱۶).

^۱ Kegel

^۲ Mason

بهداشتی در گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی داری داشته است ($p < 0/001$) که نتایج با مطالعه حاضر همخوانی دارند (۲۰).

نتیجه گیری

در این پژوهش تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان انجام تمرینات ورزشی پس از زایمان بررسی شده و تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به فرضیات پژوهش صورت گرفته است و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش نشان داد که به طور کلی در سه گروه قبل از مداخله آموزشی در میانگین سازه های مدل تفاوت های معنا داری وجود نداشت ولی بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل نتایج آماری نشان می دهد که بین گروه کنترل اول و دوم و گروه آزمون در همه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی اختلاف معنا داری وجود دارد و همچنین آزمون آماری آنووا حاکی از اختلاف معنا دار بین میانگین نمرات متغیرهای مورد نظر در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی بعد از مدل می باشد، لذا فرضیات پژوهش مبنی بر تفاوت میزان سازه های مدل در سه گروه کنترل اول و دوم و گروه آزمون، بعد از مداخله آموزشی، در فاصله اطمینان ۹۵٪ پذیرفته می شود و می توان اظهار کرد که در این مطالعه آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی سبب ارتقاء میزان انجام تمرینات ورزشی در دوره پس از زایمان شده است.

در نهایت نتایج این مطالعه نشان می دهد که با توجه به اهمیت نقش آموزش ساختارمند در جهت ارتقای سلامت مادران و با در نظر گرفتن تاثیر سلامت زنان بر سلامت جامعه انسانی، ضرورت آموزش در ابعاد وسیع و با ابزارهای مختلف در جامعه بیش از پیش احساس می گردد و با توجه به این امر مهم از اولویت های بهداشتی جامعه محسوب می شود. با توجه به نتیجه پژوهش های انجام شده موارد ذیل پیشنهاد می گردد:

با توجه به اینکه این پژوهش در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بندرعباس انجام شد، تحقیقی وسیعتر در سایر مراکز بهداشتی درمانی کشور، جهت مقایسه و تعمیم یافته ها انجام شود. از آنجایی که این تحقیق فقط در زنان نخست زایمان شد، لذا پیشنهاد می گردد تحقیقی مشابه تحقیق حاضر در کل زنان زایمان کرده انجام گیرد. به دلیل اینکه مطالعه حاضر در یک دوره زمانی

در تحقیق رحیمی کیان (۱۳۸۶) با عنوان "تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر انتخاب روش زایمان" نیز، آموزش بر عملکرد زنان باردار نسبت به انتخاب نوع روش زایمان (تمایل بیشتر آنان به انجام زایمان طبیعی) موثر بوده و باعث بهبود عملکرد بیشتر گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شده است (۱۷). در تحقیق لگامپن^۳ و همکاران (۲۰۰۴) با عنوان "تاثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام تست تالاسمی در دانش آموزان دبیرستان" نتایج نشان داد که قبل از مداخله آموزشی در گروه آزمون (دریافت کننده آموزش بر اساس مدل) و گروه کنترل (دریافت کننده آموزش معمول) از نظر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی همگن نبودند ($p = 0/22$). در پس آزمون بلافاصله بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در هر دو گروه افزایش یافت که این افزایش در گروه آزمون بیشتر بود و از نظر آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی دار بود ($p < 0/001$). همچنین در پس آزمونی که با فاصله یک ماه بعد از مداخله به عمل آمده بود میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در هر دو گروه نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود، در حالی که از نظر آزمون آماری تی مستقل تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود ($p = 0/296$) (۱۸).

در تحقیق پیرزاده (۱۳۸۹) با عنوان تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد زنان در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوههدشت در مورد انجام تست پاپ اسمیر^۴ نتایج نشان داد که میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بعد از آموزش، نسبت به قبل از آموزش افزایش یافته است و این تفاوت از نظر آزمون آماری تی زوجی معنی دار بود ($p = 0/000$) (۱۹).

در تحقیق پینتو^۴ و همکاران (۲۰۰۶) با عنوان "به کارگیری مدل اعتقاد بهداشتی در بررسی عوامل موثر در ابقای بیماران دیابتی در برنامه خدمات دارویی" و نیز تحقیق معتمدی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان "تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از لشمائیوز جلدی" نتایج آماری تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد

³ Legampen

⁴ Pinto

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد IRCT201211179463N6 در سامانه کارآزمایی بالینی ثبت شده است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئولان مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس که امکان انجام پژوهش را فراهم نموده و تقدیر و تشکر صمیمانه خود را از کلیه بانوان مراجعه کننده به این مرکز که همکاری لازم را در انجام پژوهش مبذول داشته اند ابراز می دارند.

۱۲ هفته ای انجام شد، پژوهشی طولی به منظور " تعیین اثر بخشی آموزش های مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ۶ ماه و ۱ سال بعد از مداخله آموزشی " انجام شود. با توجه به اینکه مدل اعتقاد بهداشتی بر خود فرد تاکید می نماید، تحقیقی دیگر با استفاده از سایر مدل های آموزشی در زمینه ورزش های پس از زایمان صورت گیرد.

References:

1. Varney H, Jun M, Carolyn L. Translated From English by : Taghi zade Z, Geranmaye M, Vaseghrahimpour . Varneys Midwifery. 4th ed. Tehran. Andishe Rafie; 2004. 85-86
2. World Health Organization. Preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:i-xii, 1-253.
3. Linne Y, Dye L, Barkeling B, Rossner S. Weight development over time in parous women--the SPAWN study--15 years follow-up. Int J Obes Relat Metab Disord 2003 Dec;27(12):1516-1522.
4. Mirmohammadali M, Ashrafinia F, Rajabi H, Amelvalizadeh M, Niyyat haghghi S, Kazemnejad A. The impact of exercise on sleep quality of mothers at postpartum period. Tehran. Hayat 2012;18: 20-29.
5. Mohajer T. Principle of Patient Education. 1th ed. Tehran. Salemi Publication; 2001
6. Riayzi H, bashiriyani S, Ghelichkhani S. Kegel Exercise Application during Pregnancy and Postpartum in Women Visited at Hamadan Health Care Centers. Archive of SID. 2005 .
7. Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. Arak Univ Med Sci J 2009;12 (3):57-66.
8. Minelli M. J and Breckon D. Community health education. Roles and skills. Nelson thornes illustration pub 2009. 98-103.
9. Bahiraei A, Mirghaforvand M. Health Promotion from concepts to practice. Tehran: Noore danesh Pub; 2011.
10. Guvenc G, Akyuz A, Açikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: Psychometric testing. J Adv Nurs 2011;67(2): 428-437.
11. Glanz K. Health behavior and health education. Jossey- Bass Inc pub; 2008.
12. Hamidzade arbabi Y. Health education and communication. Tehran. Boshra pub; Tehran; 2007.
13. Sharma M, Romans Jones A. Theoretical Foundation of Health Education and Health promotion. Sudbur. Jones and Bartlett Publishers; 2008 .
14. Goliyan Sh, Gholbanzadeh Sh, Arstoo M. Health Promotion of Menopausal Women by Education of Self-care Strategies. Tehran: 2008 .
15. Davari S, Doolatiyan M, Maraei M, Sharifirad Gh, Safavi M. The effect of Health Belief Model at Nutrition-Performing of Menopausal Women at Esfahan. Health care centers Iran. 2010,(10):1263-1272.
16. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughesh C. The instruction in pelvic floor exercises provided to women during pregnancy and following delivery. Midwifery 2001 Mar;17(1):55-64.
17. Rahimi Kian et al. The effect of Health Belief Model at choosing of type of Delivery. Hayat 2009: 25-32.
18. Lagampan S, Lapvongwatana P, Tharapan C, Nonthikorn J. Health Belief Model teaching program for thalassemia education in high school students. Chula Med 2004 Nov;48(11):723-735.
19. Pirzadeh A. The effect of education Based on Health belief model on Performing Women at Pap Smear test. Nezame Salamat 2010; 8(1): 95-125.
20. Pinto SL, Lively BT, Siganga W, Holiday Goodman M, Kamm G. Using the Health Belief Model to test factors affecting patient retention in diabetes related pharmaceutical care services. RSAP 2006; 2(1):38-58.