

Effect of the “Orem Self Care Model”-based Educational-Supportive Intervention on the Anxiety of Primigravidae

Shakouri N.¹ BSc, Mohammad Noroozi H.* MSc, Ryhani T.² MSc, Tafazzoli M.³ MSc, Mazlom S.R.⁴ MSc

*Medical & Surgical Department, Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

¹Student Research Committee, Pediatric & Newborn Department, Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²Pediatric & Newborn Department, Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Midwifery Department, Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴Medical & Surgical Department, Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Aims: The health of mother and fetus might be affected by anxiety during pregnancy. Training interventions can prevent the anxiety disorders. The aim of the study was to investigate the effectiveness of the supportive-educational intervention based on Orem self-care model on the anxiety of primigravidae.

Materials & Methods: In the single-blind clinical trial study, sixty 28- to 34-week pregnant women in their first pregnancy, referred to the health centers of Mashhad, were studied in 2015. The subjects, selected via purposeful cluster sampling method, were randomly divided into two 30-person groups including experimental and control groups. Data was collected by demographic and pregnancy questionnaires and Spielberger anxiety scale. Four 60-minute supportive-educational program sessions were conducted based on Orem self-care model in experimental group. The manifest anxiety was measured in both groups at the beginning of the conduction of the intervention and one week after the end of the intervention. Data was analyzed by SPSS 18 software using Chi-square, Mann-Whitney, independent T, and paired T tests.

Findings: Before the intervention, the mean scores of manifest anxiety in the groups were not significantly different ($p=0.793$). Nevertheless, after the intervention, the scores were significantly different ($p=0.0001$). In addition, the mean scores of manifest anxiety were significantly different before and after the intervention in experimental group ($p=0.006$). However, the difference was not significant in control group ($p=0.086$).

Conclusion: Supportive-educational intervention based on Orem self-care model reduces anxiety in 3-month primigravidae.

Keywords

Self-care [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012648>];

Orem Model [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68016294>];

Anxiety [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001007>];

Primigravidae [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=gravidity>]

*Corresponding Author

Tel: +98 (51) 38591511

Fax: +98 (51) 38597313

Address: Nursing & Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Ebn-e-Sina Street, Doktora Crossroad, Daneshgah Boulevard, Mashhad, Iran. Postal Code: 9137913199

norozihm@mums.ac.ir

Received: January 9, 2017

Accepted: November 8, 2017

ePublished: January 11, 2018

تاثیر مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر اضطراب زنان نخست‌باردار

ناهید شکوری BSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

حجی محمدنوروزی MSc

گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

طیبه ریجانی MSc

گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مهین تقضلی MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

سیدرضا مظلوم MSc

گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اهداف: وجود اضطراب در دوران بارداری، سلامت مادر و جنین را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی می‌توانند در پیشگیری از اختلالات اضطرابی موثر باشند. هدف مطالعه حاضر، بررسی تاثیر مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر اضطراب زنان نخست‌باردار بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش کارآزمایی بالینی یک سوکور، ۶۰ زن نخست‌باردار با سن بارداری ۳۴-۲۸ هفته که در سال ۱۳۹۴ به مراکز بهداشتی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای هدفمند انتخاب شده و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جای گرفتند. ابزار مطالعه، پرسش‌نامه مشخصات فردی و باروری و مقیاس اضطراب /شپیلبرگر بود. در گروه آزمون برنامه آموزشی- حمایتی مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم در قالب ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در هر دو گروه میزان اضطراب آشکار در ابتدا و یک هفته بعد از پایان مداخله اندازه‌گیری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 و توسط آزمون‌های مجذور کای، من‌ویتنی، T مستقل و T زوجی صورت گرفت.

یافته‌ها: در مرحله قبل از مداخله، میانگین نمره اضطراب آشکار در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/793$). اما در مرحله بعد از مداخله، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($p=0/000$). همچنین میانگین نمره اضطراب آشکار قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشت ($p=0/006$), اما این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبود ($p=0/086$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم در کاهش اضطراب زنان نخست‌باردار در سه‌ماهه سوم بارداری موثر است.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، مدل اورم، اضطراب، زنان نخست‌باردار

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۱۷

*نویسنده مسئول: norozihm@mums.ac.ir

مقدمه

هر چند فرآیند مادرشدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان است و اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود، ولی به‌دلیل تغییرات فیزیکی و روانی ایجادشده می‌تواند تنش‌ها و نگرانی‌هایی نیز به‌همراه داشته باشد^{1, 2}. به‌طوری که برخی محققان تجربه حاملگی در زندگی زنان را نوعی بحران وضعیت‌محیطی مطرح کرده و اظهار می‌دارند حاملگی برای برخی از زنان می‌تواند سبب اضطراب شود^{3, 4}. فشار روانی را می‌توان تجربه‌ای همگانی و جهانی دانست. زنان باردار در هر کجا و هر زمان که باشند با وقایعی درگیرند که احتمالاً خوشایند یا ناخوشایند است و آنها را به‌نوعی

تحت فشار قرار می‌دهد و منجر به یک دوره پراسترس همراه با تغییرات فیزیولوژیک و روانی می‌شود⁵.

اورتس در مطالعه خود گزارش می‌نماید که رویدادهای اضطراب‌زا در دوران قبل از زایمان نه‌تنها سلامت روانی کودکان را در دوران کودکی‌شان تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه با مشکلات سلامت روان در بزرگسالی همراه است و این موضوع اهمیت مساله و تاثیر عمیق آن بر کل زندگی را نشان می‌دهد⁶. برخی پژوهشگران شیوع اضطراب را در سه‌ماهه اول و سوم بارداری بیشتر از سه‌ماهه دوم ذکر نموده‌اند. در حالی که *بیلیتری* معتقد است میزان اضطراب در سه‌ماهه سوم بارداری بیشتر از سه‌ماهه اول و دوم است و برخی از مطالعات بیش از ۹۰٪ تنش و اضطراب دوران بارداری را مربوط به فرآیند زایمان گزارش کرده‌اند⁷. *لی* و همکاران نیز گزارش کردند در سرتاسر طول حاملگی به‌خصوص با نزدیک‌شدن به اواخر حاملگی در زنان باردار اضطراب ایجاد شده و به‌تدریج میزان آن بیشتر می‌شود⁴.

امروزه مداخلات متنوعی برای کنترل اضطراب در دسترس همگان است که پرستاران در این مورد هم آموزش می‌بینند و هم مطالعه می‌نمایند. آموزش‌ها می‌تواند در پیشگیری از اختلالات اضطرابی موثر باشد. مشاوره و آموزش توسط کادر پرستاری یکی از مداخلاتی است که به‌عنوان پیشگیری از اضطراب در بارداری و پس از زایمان مطرح شده است⁸. یکی از اجزای الگوهای پرستاری بیمارمحور و جامعه‌نگر مراقبت از خود است. مراقبت از خود فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به‌طور فردی آنها را تشخیص و انجام می‌دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و به‌طور دایم احساس خوب بودن داشته باشند^{9, 10}.

یکی از الگوهای مهمی که می‌تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند و بر توانایی‌های افراد و نیازهای آنها برای مراقبت از خود استوار گرداند، الگوی خودمراقبتی اورم است که بیشتر روی جنبه‌های مراقبت از خود بحث می‌کند¹¹. براساس این الگو افراد حق دارند در فرآیند بهبودی و حفظ سلامتی خویش شرکت داشته باشند. تامین بهبودی از طریق افزایش آگاهی امکان‌پذیر است که این هدف جز به‌وسیله آموزش قابل دستیابی نیست¹².

الگوی خودمراقبتی اورم راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه‌ریزی و اجرای اصول خودمراقبتی است. این الگو به‌عنوان چارچوب مفهومی به‌منظور هدایت برنامه‌های خودمراقبتی کاربرد دارد. پرستاران تا زمانی که به شناخت کافی از انسان و نیازهای مرتبط با سلامتی او دست نیابند نمی‌توانند از راهی جز شناس و تصادف به بیمارانشان مراقبت ارایه دهند¹² و از آنجا که بارداری و زایمان حادثه‌ای بالقوه اضطراب‌زا است و ترس از ناشناخته‌ها از اولین عوامل ایجادکننده اضطراب و نگرانی به‌شمار می‌آید، این ترس با دانستن اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد و چگونه یک فرد می‌تواند خود را با انجام فعالیت‌های نه‌چندان پیچیده به خود کمک نماید، تا حدودی تسکین می‌یابد. بنابراین با توضیح موارد ناآشنا و ارایه برنامه خودمراقبتی برای بیمار می‌توان باعث کاهش اضطراب او شد. مددجویان در چنین شرایطی به‌طور مکرر تقاضای دریافت اطلاعات درباره وضعیت خود را دارند و در واقع استفاده از مداخلات پرستاری برای کاهش اضطراب مغایرتی با استانداردهای پزشکی ندارد. یکی از این روش‌ها آموزش به بیماران است. آموزش به بیمار در واقع بخش حرفه‌ای کار پرستاری است و در عین حال یکی از مسئولیت‌های اخلاقی پرستاران به‌شمار می‌آید. آنان باید به بیماران و بستگانشان اطلاعاتی را که لازم دارند، ارایه نمایند.

مطالعه حسینی و همکاران در تهران در خصوص ارتباط عزت نفس

تأثیر مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر اضطراب زنان نخست‌باردار ۴۳

عبارت اضطراب آشکار "حالت" و ۲۰ عبارت اضطراب پنهان "صفت" را اندازه‌گیری می‌کنند. گزینه‌های این آزمون، دارای مقیاس‌های خیلی‌کم، کم، متوسط و زیاد است و به هر کدام از عبارات این آزمون که به‌صورت مثبت و منفی تنظیم شده، براساس پاسخ ارایه‌شده نمره بین یک تا ۴ تخصیص می‌یابد. نمره ۴ نشان‌دهنده بالاترین سطح اضطراب است. عبارات یک تا ۲۰ برای سنجش اضطراب آشکار و عبارات ۲۱ تا ۴۰ برای سنجش اضطراب پنهان به‌کار می‌رود. برخی از عبارات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان می‌تواند در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار بگیرد. نسخه فارسی مقیاس اضطراب /*اشپیل‌برگر* توسط *مهرام* و همکاران در شهر مشهد هنجاریابی شده و پایایی آن تأیید شده است [8].

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر پس از کسب مجوز از مسئولان به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه نموده و پس از معرفی خود و ارایه مجوز به شناسایی زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه پرداخت. سپس ضمن ارایه توضیحات لازم در رابطه با اهداف و روش کار مطالعه از ایشان برای شرکت در مطالعه دعوت به‌عمل آمد و در صورت تمایل مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه از آنها رضایت کتبی و آگاهانه اخذ شد. در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله خاصی انجام نشد و آنها فقط مراقبت‌های روتین مراکز بهداشتی را دریافت می‌نمودند. در گروه آزمون برنامه آموزشی- حمایتی مبتنی بر مدل خودمراقبتی /*اورم* اجرا شد. این مداخله در سه مرحله به شرح زیر انجام شد:

مرحله اول: با استفاده از پرسش‌نامه بررسی و شناخت /*اورم*، نیازهای خودمراقبتی همگانی، رشد و تکامل و انحراف از سلامت و نیازهای خودمراقبتی در حیطه اضطراب و نحوه کنترل آنها مشخص شد.

مرحله دوم: براساس یافته‌های مرحله قبل، براساس چهارچوب پنداشتی /*اورم* در قالب سیستم پرستاری، برنامه آموزشی- حمایتی طراحی و تدوین شد. این برنامه شامل آشنایی با ماهیت اضطراب (علل، مراحل، علائم و نشانه‌ها، کنترل اضطراب و انجام تکنیک‌های آرام‌سازی و تمرینات تنفسی) بود.

مرحله سوم: برنامه آموزشی- حمایتی طراحی‌شده در قالب ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت تئوری و عملی و طی ۴ هفته متوالی (هفته‌ای یک جلسه) توسط پژوهشگر به‌روش بحث گروهی، پرسش و پاسخ، سخنرانی و پخش اسلاید و فیلم برای گروه‌های ۱۵-۱۰ نفره در محل کلاس آموزش مرکز بهداشتی منتخب برگزار شد. واحدهای پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل، مقیاس اضطراب /*اشپیل‌برگر* را در شروع مطالعه و یک هفته پس از مداخله تکمیل کردند. به‌منظور رعایت اصل اخلاق در پژوهش در پایان مطالعه به واحدهای پژوهش در گروه کنترل بوکتلی هدیه شد که مشتمل بر نکات مهم برنامه آموزشی- حمایتی اجراشده در گروه آزمون بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS 18 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. برای بررسی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه از آزمون‌های مجذور کای و من‌ویتنی و برای بررسی تأثیر برنامه آموزشی- حمایتی در مقایسه بین دو گروه و در مراحل قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون‌های آماری T

و میزان فراگیری مهارت‌های مراقبت از خود در نوجوانان پسر ۱۵-۱۱ ساله مبتلا به فلج مغزی در مرکز بهزیستی کودکان و نوجوانان استان تهران نشان داد که افراد با عزت نفس بالاتر، میزان فراگیری بیشتری از خود نشان دادند [13]. /*اسکاتف* و همکاران، تأثیر آموزش‌های دوران بارداری را بر میزان اضطراب زنان بررسی کرده و گزارش نمودند که آموزش توانسته است میزان اضطراب را کاهش دهد، به‌طوری که زنان آموزش‌دیده در مقایسه با گروه کنترل اضطراب کمتری را تجربه کرده‌اند [14].

تأثیر آموزش الگوی خودمراقبتی /*اورم* توسط پژوهشگران متعددی بر وضعیت‌های انحراف از سلامتی از قبیل دیابت، دیالیز مزمن، مولتیپل اسکلروزیس و غیره مطالعه شده است، ولی مطالعه‌ای به‌منظور کاهش اضطراب مادران باردار با استفاده از این مدل خودمراقبتی انجام نشده است. الگوی خودمراقبتی /*اورم* در وضعیت‌های تکاملی قابلیت کاربرد دارد که دوره بارداری و زایمان یکی از آن موارد است.

با توجه به اهمیت و عوارض جانبی اضطراب در بارداری و زایمان و با توجه به تأکید استفاده از روش‌های غیردارویی در کاهش این عوارض، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی /*اورم* بر اضطراب زنان نخست‌باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی یک‌سوکور و دوگروهه است. جامعه آماری پژوهش، زنان نخست‌باردار ۳۵-۱۸ ساله با شرایط حاملگی نرمال و سن بارداری ۳۴-۲۸ هفته بودند که در سال ۱۳۹۴ برای انجام مراقبت‌های بارداری به مراکز بهداشتی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه /*کبیرزاده* و همکاران [18] و فرمول مقایسه دو میانگین با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ استفاده شد. به این ترتیب حجم نمونه معادل ۳۴ نفر در هر گروه (۶۸ نفر در کل) برآورد شد.

برای انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا از بین مراکز بهداشتی شهر مشهد، دو مرکز بهداشت دانش‌آموز و شهید مطهری به‌صورت تصادفی و سپس در هر مرکز بهداشت، زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه با استفاده از روش تصادفی انتخاب شدند. طی مراحل انجام مطالعه ۸ نفر از واحدهای پژوهش از مطالعه خارج شدند. بنابراین در نهایت ۶۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای هدفمند انتخاب شده و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جای گرفتند.

ابزار مطالعه، پرسش‌نامه مشخصات فردی و باروری و مقیاس اضطراب /*اشپیل‌برگر* بود. پرسش‌نامه مشخصات فردی و باروری مشتمل بر تعدادی از متغیرهای فردی نظیر سن، تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی- اقتصادی، سن همسر، شغل همسر و همچنین متغیرهای باروری از جمله سن بارداری و تعداد بارداری‌های قبلی بود.

مقیاس اضطراب /*اشپیل‌برگر* دارای ۴۰ عبارت است که در دو مقیاس اضطراب آشکار و اضطراب پنهان، اضطراب موقعیتی و شخصیتی را به دو صورت "حالت" و "صفت" می‌سنجد؛ به این ترتیب که ۲۰

مستقل و T زوجی استفاده شد. در آزمون‌های انجام‌شده ضریب اطمینان ۹۵٪ مد نظر بود.

یافته‌ها

دو گروه آزمون و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$; جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه مشخصات فردی در دو گروه مورد مطالعه (اعداد داخل پرانتز درصد است)

متغیرهای دموگرافیک	گروه آزمون (نفر ۳۰)	گروه کنترل (نفر ۳۰)
سن (سال)		
زیر ۲۰ سال	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰/۰)
۲۰ تا ۳۰ سال	۲۰ (۶۶/۷)	۱۸ (۶۰/۰)
بالای ۳۰ سال	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)
سن همسر (سال)		
۲۰ تا ۳۰ سال	۲۳ (۷۶/۷)	۲۱ (۷۰/۰)
بالای ۳۰ سال	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰/۰)
سطح تحصیلات		
ابتدایی	۰	۴ (۱۳/۳)
راهنمایی	۹ (۳۰/۰)	۴ (۱۳/۳)
دیپلم	۱۵ (۵۰/۰)	۱۴ (۴۶/۷)
دانشگاهی	۶ (۲۰/۰)	۸ (۲۶/۷)
سطح تحصیلات همسر		
ابتدایی	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)
راهنمایی	۵ (۱۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)
دیپلم	۱۸ (۶۰/۰)	۱۳ (۴۳/۳)
دانشگاهی	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰/۰)
شغل همسر		
کارمند	۴ (۱۳/۳)	۲ (۶/۷)
آزاد	۱۹ (۶۳/۳)	۲۵ (۸۳/۳)
کارگر	۷ (۲۳/۳)	۳ (۱۰/۰)
کفایت درآمد خانواده		
کمتر از حد کفایت	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰/۰)
در حد کفایت	۲۹ (۹۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)
بیشتر از حد کفایت	۰	۲ (۶/۷)

در مرحله قبل از مداخله، میانگین نمره اضطراب آشکار در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری نداشت، اما در مرحله بعد از مداخله، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. همچنین میانگین نمره اضطراب آشکار قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشت، اما این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبود (جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات اضطراب آشکار در دو گروه آزمون و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله

نمره اضطراب آشکار	گروه آزمون (نفر ۳۰)	گروه کنترل (نفر ۳۰)	معنی‌داری بین گروهی
مرحله قبل از مداخله	۲۳/۷۰±۲/۸۰	۲۳/۶۰±۱/۹۰	۰/۷۹۳
مرحله بعد از مداخله	۲۱/۵۰±۲/۱۰	۲۴/۵۰±۱/۷۰	۰/۰۰۱
معنی‌داری درون گروهی	۰/۰۰۶	۰/۰۸۶	-

بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که برنامه آموزشی-حمایتی ضد اضطراب مبتنی بر الگوی اورم بر اضطراب آشکار مادران نخست‌باردار موثر بوده، به طوری که میزان اضطراب آشکار مادران در

گروه آزمون بعد از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافت. هر چند در جستجوی منابع در رابطه با مدل خودمراقبتی اورم و میزان اضطراب در بارداری مطالعه مشابهی وجود نداشت، ولی نتایج استفاده از مدل خودمراقبتی اورم در برخی از بیماری‌ها حاکی از آن است که مدل خودمراقبتی توانایی تأثیر مثبت در شرایط مختلف از جمله همودیالیز^[15]، استرس بیماران تحت دیالیز^[16]، مولتیپل اسکلروزیس^[17]، فشار خون^[18] و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان^[16] را دارد. این نتایج همراستا با یافته‌های مطالعه حاضر است.

یافته‌های به دست آمده از پژوهش مومنی و همکاران^[19] نشان داد که انجام خودمراقبتی در بارداری با حمایت اجتماعی درک‌شده و استرس درک‌شده در زنان باردار ارتباط دارد. در این مطالعه شرکت در کلاس آمادگی زایمان و انجام مراقبت‌های بارداری در موعد مقرر یکی از موارد خودمراقبتی در بارداری بوده است. هر چند برنامه خودمراقبتی استفاده‌شده در این مطالعه با روش خودمراقبتی پروتکل آموزشی ضد اضطراب اورم متفاوت است، ولی هر دو تأکید بر سهم مهم برنامه خودمراقبتی در کاهش اضطراب در بارداری دارند. در این رابطه طغیانی و همکاران گزارش کردند که شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان و دریافت آموزش گروهی سبب استفاده مادران از تجارب همدیگر شده که علاوه بر کاهش اضطراب مادران، می‌تواند با افزایش آگاهی و مهارت در این دوران نقش بسزایی در کاهش بیماری‌ها، عوارض و ارتقای سلامت زنان باردار داشته باشد^[20]. از سوی دیگر، عدم آگاهی زنان در بارداری سبب ایجاد اضطراب مادران در این دوره می‌شود که این ترس و اضطراب حس نگرانی به مغز داده و سبب افزایش تشریح هورمون‌های استرس شده و می‌تواند منجر به زایمان زودرس و افزایش مداخلات پزشکی و نیز ایجاد عوارض برای مادر و جنین شود.

همچنین در مطالعه نریمانی و همکاران، آموزش فعالیت‌های خودمراقبتی توانست کیفیت زندگی را در تمام ابعاد از جمله بُعد روانی افزایش دهد^[21]. شاپیرو نیز در مطالعه خود نشان داد که آموزش رفتارهای خودمراقبتی در دانشجویان رشته روان‌شناسی توانسته است میزان استرس را در این افراد کاهش دهد^[15].

در طول حاملگی و زایمان عوامل متعددی منجر به بروز حالات اضطرابی در مادر می‌شود که شایع‌ترین آنها فقدان اعتماد مادر به عامل زایمان و ترس از درد زایمان است که این عوامل تا حدود زیادی با دادن آموزش‌های مناسب کاهش می‌یابند. یافته‌های پژوهش دل‌آرام و سلطان‌پور نشان داد که آرایه اطلاعات به مادران در رابطه با نادانسته‌های آنان و چگونگی حمایت و مراقبت از خود در سه‌ماهه سوم بارداری می‌تواند بر کاهش میزان اضطراب آنان در زمان زایمان موثر باشد^[22]. در مطالعه حاضر نیز پژوهشگران طی سه مرحله براساس الگوی اورم به نیازسنجی، طراحی برنامه آموزشی-حمایتی براساس نیازهای مراجعان در رابطه با ماهیت اضطراب و روش‌های کاهش آن و در نهایت طی برنامه آموزشی تئوری و عملی به آرایه برنامه پرداختند. نتایج حاکی از آن است که در هر دو مطالعه علی‌رغم شیوه متفاوت آرایه برنامه خودمراقبتی (خودمراقبتی توسط بیمار در مطالعه حاضر در برابر آرایه مراقبت‌های مشاوره‌ای)، برنامه آموزشی توانسته است به‌عنوان یک روش موثر و کم‌هزینه برای کاهش استرس و اضطراب مراجعه‌کنندگان مفید واقع شود.

تیکسیسیر و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند در کاهش اضطراب دوران بارداری موثر باشد که این نتایج توسط دیویس نیز تایید شد^[8, 19]. همان طور که

تأثیر مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر اضطراب زنان نخست‌باردار ۴۵ است. به مراقبان بهداشتی که مسئولیت مراقبت از مادران را برعهده دارند، پیشنهاد می‌شود که برنامه آموزشی- حمایتی ضد اضطراب مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم را در کنترل اضطراب مادران باردار به‌کار گیرند.

نتیجه‌گیری

مداخله آموزشی- حمایتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم در کاهش اضطراب زنان نخست‌باردار در سه‌ماهه سوم بارداری موثر است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می‌دارند. تاییدیه اخلاقی: از مشارکت‌کنندگان در مطالعه رضایت کتبی و آگاهانه اخذ شد. همچنین به‌منظور رعایت اصل اخلاق در پژوهش در پایان مطالعه به واحدهای پژوهش در گروه کنترل بوکتی هدیه شد که مشتمل بر نکات مهم برنامه آموزشی- حمایتی اجرا شده در گروه آزمون بود. این پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT2015112225182N1 به‌ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان: ناهید شکوری (نویسنده اول) نگارنده مقدمه، پژوهشگر اصلی، نگارنده بحث (۲۰٪)؛ حجتی محمدنوروزی (نویسنده دوم) پژوهشگر اصلی (۲۰٪)؛ طیبه ریحانی (نویسنده سوم) پژوهشگر کمکی (۲۰٪)؛ مهین تفضلی (نویسنده چهارم) پژوهشگر کمکی (۲۰٪)؛ سیدرضا مظلوم (نویسنده پنجم) روش‌شناس، پژوهشگر کمکی، تحلیل‌گر آماری (۲۰٪).

تعارض منافع: در این خصوص موردی از طرف نویسندگان اعلام نشده است.

منابع مالی: این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان "تأثیر پروتکل آموزشی ضد اضطراب مبتنی بر مدل خودمراقبتی اورم بر اضطراب مادران نخست‌باردار" است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

منابع

- 1- Jannati Y, Khaki N. Psychiatric in midwifery. Tehran: Jame Negar Publications; 2005. pp. 122-4. [Persian]
- 2- Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*. 2007;100(1-3):115-21.
- 3- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011;16(2):169-73.
- 4- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1102-12.
- 5- Ahmadi Z. Evaluation of the effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2010;9(4):293-304. [Persian]
- 6- Oates MR. Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: Causal effect or developmental continuum?. *Br J Psychiatry*. 2000;180(4):478-9.
- 7- Shariat M, Abedianian N. The effect of psychological intervention on mother-infant bonding and breastfeeding. *Iran J Neonatol*. 2017;8(1):7-15. DOI: 10.22038/ijn.2017.16673.1191

مشخص است در مطالعه حاضر نیز با استفاده از پرسش‌نامه بررسی و شناخت اورم، به بررسی و شناخت اضطراب دوران بارداری و نیازهای خودمراقبتی همگانی پرداخته شد و سپس برنامه خودمراقبتی به‌صورت گروهی طراحی و تدوین شد که در این جلسات مادران از تعامل مثبت با یکدیگر سود بردند.

براساس نظریه برادلی، برای ورود به یک محیط ناآشنا و ترسناک، داشتن آگاهی قبلی ضروری است. مطابق این نظریه آموزش به مادران موجب ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به زایمان و کارکنان زایمانی شده و اعتمادبه‌نفس و اطمینان آنها را افزایش می‌دهد. مادرانی که این آموزش‌ها را دیده بودند در مقایسه با گروه کنترل، ترس و اضطراب کمتری داشتند و خود را ملزم می‌دانستند که در اداره زایمان به‌طور فعال شرکت کنند^[22]. لذا می‌توان نتیجه گرفت که هر چند مطالعات انجام‌شده از لحاظ برنامه ارایه‌شده دقیقاً شبیه نیستند، ولی اصول تمام آنها که همانا ارایه آموزش‌های مورد نیاز مادران و دادن آگاهی و ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به پدیده مورد انتظار است، یکسان بوده که موید تأثیر مثبت بر کاهش اضطراب است^[22].

جعفریان/ امیری و همکاران نیز در مطالعه خود روی افراد دیابتی گزارش نمودند که افراد با خودمراقبتی بهتر، قند خون ناشتای پایین‌تری خواهند داشت^[23]. سلیمان/ اختیاری و همکاران در پژوهش خود در رابطه با تأثیر رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان تولد نوزاد کم‌وزن گزارش نمودند که بهبود قابل توجهی در وزن بدن در نوزادان زنانی که آموزش مراقبت از خود براساس مدل اعتقاد بهداشتی در دوران بارداری دریافت نموده بودند دیده شد. بنابراین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش مراقبت از خود براساس مدل اعتقاد بهداشتی در دوران بارداری خطر کم‌وزنی را کاهش می‌دهد^[16]. مداخله آموزشی با تغییر نگرش مربوط به مراقبت از خود در دوران بارداری می‌تواند در کاهش استرس و اضطراب بارداری موثر باشد و این مادران با دریافت اطلاعات مناسب و به‌موقع در رابطه با مشکلات احتمالی در بارداری قادر خواهند بود مراقبت موثر و مناسب از خود به‌عمل آورند و در کاهش عوارض نقش داشته باشند^[24].

در برخی از مطالعات نشان داده شده است که ارایه برنامه‌های خودمراقبتی قبل و حین زایمان مانند برنامه‌های آموزش تغذیه، ورزش در بارداری، نحوه انجام مراقبت‌های به‌موقع و مناسب و آموزش در رابطه با خدمات ارجاع در بارداری، در توانمندسازی زنان در مراقبت از خود نقش بسزایی داشته و قادر خواهند بود میزان عوارض در بارداری را کاهش داده و به بارداری امن‌تر منجر شوند^[25-28].

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم انجام مطالعه‌ای مشابه بود که این موضوع در مقایسه و بحث یافته‌ها محدودیت‌هایی ایجاد کرد، اگر چه سعی شد با استفاده از مطالعاتی که در سایر حیطه‌ها انجام شده بود این محدودیت تا حدودی برطرف شود. با توجه به تعداد کم و محدود مطالعات در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی براساس مدل اورم در دوران بارداری، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با جامعه آماری بیشتری با این موضوع انجام شود. یافته مطالعه حاضر نشان می‌دهد که این مدل می‌تواند به‌عنوان یک مداخله آموزشی، نقش مهمی در بالابردن کیفیت برنامه‌های آموزشی مراقبت از خود در دوران بارداری داشته باشد و نشان می‌دهد برنامه خودمراقبتی اورم شیوه استاندارد برای ارایه مراقبت و یک روش ایمن، غیردارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه در کنترل و کاهش اضطراب است که به‌راحتی قابل آموزش به مددجو

- stress, anxiety, and depression in hypertensive. J Birjand Univ Medi Sci. 2013;19(6):1-9. [Persian]
- 19- Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Iran J Endocrinol Metab. 2014;16(3):10-6. [Persian]
- 20- Toghyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi Sh, Aghdak P, Motie Z, et al. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. Iran J Med Educ. 2008;7(3):317-23. [Persian]
- 21- Narimani K. A study of the effect of self-care training on the hemodialysis patients' quality of life. Daneshvar. 2009;16(79):63-70. [Persian]
- 22- Delaram M, Soltanpor F. The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for labor. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(2):61-65. [Persian]
- 23- Jafarian Amiri SR, Zabihi A, Babaee Asl F, Eshkevari N, Bijani A. Self-Care Behaviors in diabetic patient Referring to diabetes clinics in Babol city. J Babol Univ Med Sci. 2010;12(2):72-8. [Persian]
- 24- Soleyman Ekhtiari Y, Majlessi F, Foroushani AR, Shakibazadeh E. Effect of a self-care educational program based on the health belief model on reducing low birth weight among pregnant Iranian women. Int J Prev Med. 2014;5(1):76-82.
- 25- Lazariu-Bauer V, Stratton H, Pruzek R, Woelfel ML. A comparative analysis of effects of early versus late prenatal WIC participation on birth weight: NYS, 1995. Matern Child Health J. 2004;8(2):77-86.
- 26- Sachdeva R, Mann SK. Impact of nutrition education and medical supervision on pregnancy outcome. Indian Pediatr. 1993;30(1):1309-14.
- 27- Ford K, Weglicki L, Kershaw T, Schram C, Hoyer PJ, Jacobson ML. Effects of a prenatal care intervention for adolescent mothers on birth weight, repeat pregnancy, and educational outcomes at one year postpartum. J Perinat Educ. 2002;11(4):35-8.
- 28- Kotelchuck M, Schwatzr JB, Anderka M, Finison KS. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts statewide evaluation project. Am J Public Health. 1984;74(10):1086-92.
- 8- Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in first pregnant women. Evid Based Care J. 2011;1(1):21-34.
- 9- Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Simpson S, Hollingsead A, Argote LA, Rey H. Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1999;28(1):94-103.
- 10- Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res. 1981;30(5):281-4.
- 11- Habibzadeh H, Davarpanah M, Kalkhali H. The study of the effect of orem self-care model on self-efficacy in hemodialysis patients in Urmia medical science hospitals during 2011. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2012;10(2):190-9. [Persian]
- 12- Cox A, Hayter M, Ruane J. Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: A review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010;17(2):162-71.
- 13- Hosseini MA, Karimi H, Tadi K. The relationship between self-esteem and self-care skills in adolescents aged 15-11 years with cerebral palsy. Res Med. 2002;26(1):33-6. [Persian]
- 14- Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- 15- Rostami F, Ramezani Badr F, Amini K, Pezeshki A. Effect of a self-care educational program based on Orem's model on stress in patients undergoing hemodialysis. Prev Care Nurs Midwifery J. 2015;5(1):13-22. [Persian]
- 16- Ghafourifard M, Ebrahimi H. The effect of Orem's self-care model-based training on self-care agency in diabetic patients. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2015;23(1):5-13
- 17- Masoodi R, Khayeri F, Safdari A. Effect of self-care program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients. J Gorgan Univ Med Sci. 2010;12(3):37-44. [Persian]
- 18- Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Sadegi T. Impact of corrective life style educational program on controlling