

کاربرد تئوری اورم در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس: یک کارآزمایی بالینی

سیده محبوبه رضائیان^۱، زهرا عابدیان^{۲*}، دکتر رباب لطیف‌نژاد رودسری^۳، دکتر سید رضا مظلوم^۴، دکتر سلمه دادگر^۵

۱. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۸

خلاصه

مقدمه: یکی از پرکاربردترین تئوری‌ها در زمینه خودمراقبتی، تئوری اورم است. بر اساس این تئوری، چنانچه بیماران با استفاده از حداکثر توانمندی خود به انجام اقدامات خودمراقبتی بپردازند، به صورت سریع‌تر و جامع‌تر سلامتی خود را باز می‌یابند. مطالعه حاضر با هدف تعیین کاربرد تئوری اورم در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۱۷۶ زن باردار ۲۶-۲۴ هفته در معرض خطر زایمان زودرس مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، فرم مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت بود. بر اساس پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، افراد واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. بر اساس پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت، نیازهای آموزشی گروه مداخله و رفتارهای خودمراقبتی ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری، کای دو، تست دقیق فیشر و من ویتنی یو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره خودمراقبتی دوران بارداری در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت ($p=0/899$). اما در هفته اول ($p<0/001$) و دوم بعد از مداخله ($p<0/001$) و همچنین پس از زایمان ($p<0/001$)، میانگین نمره خودمراقبتی دوران بارداری در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری اورم در ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس، شناسایی و آموزش خودمراقبتی دوران بارداری مبتنی بر تئوری اورم به زنان در معرض خطر زایمان زودرس در مراکز بهداشتی-درمانی توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: تئوری اورم، خودمراقبتی، زایمان زودرس

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱، پست الکترونیک: abedianz@mums.ac.ir

مقدمه

مراقبت از خود، به تصمیمات و فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که یک فرد انجام می‌دهد تا بتواند از پس مشکلات و مسائل مربوط به سلامتی خود بر بیاید یا باعث بهبود سلامتی خود شود (۱). تخمین زده می‌شود که ۸۵-۶۵٪ همه مراقبت‌های سلامت به وسیله خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت متخصصین اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی و غیر طبیبی یا طب رایج استفاده می‌شود. این موضوع نشان می‌دهد که خود مراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی، می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود ببخشد (۲). یکی از کامل‌ترین تئوری‌ها در زمینه آموزش خودمراقبتی، تئوری خودمراقبتی اورم^۱ است (۳). اورم تئوری پرستاری نقص مراقبت از خود را به عنوان تئوری عمومی مطرح کرد که از ۳ تئوری مراقبت از خود، نقص مراقبت از خود و سیستم‌های پرستاری تشکیل شده است (۴، ۵). در سیستم‌های پرستاری باید نیروی مراقبت از خود بیمار تقویت گردد و شامل سیستم جبرانی کامل، سیستم جبرانی نسبی و سیستم حمایتی و پشتیبانی می‌باشد (۶-۹). سیستم حمایتی پشتیبانی بیان می‌کند هنگامی که بیمار قادر به انجام کاری باشد و یا آملدگی یادگیری مواردی را داشته باشد ولی بدون کمک و راهنمایی نتواند آن را انجام دهد و یا هنگامی که برای اتخاذ تصمیم انتخاب روش و استفاده از دانش و مهارت‌های خاص دچار تردید است و نیاز به راهنمایی دارد، این سیستم کاربرد می‌یابد و پرستار نقش مشاور را برعهده می‌گیرد. هسته اصلی این سه نظریه، خودمراقبتی است که این‌گونه تعریف می‌شود: عملکردها و فعالیت‌هایی که افراد به خاطر خود، جهت زنده ماندن، ابقاء سلامتی و رفاه خود انجام می‌دهند (۴). سه نوع نیاز خودمراقبتی وجود دارد که شامل نیاز مراقبت از خود همگانی^۲، نیاز

مراقبت از خود تکاملی^۳ و نیاز مراقبت از خود در انحراف از سلامتی^۴ می‌باشد (۵، ۱۰).

نیازهای همگانی در تمام انسان‌ها یافت می‌شوند و با فرآیندهای زندگی و سطح رفاه عمومی افراد در ارتباط هستند (۴، ۵). نیازهای تکاملی به مراحل مختلفی که انسان‌ها در زندگی طی می‌کنند نظیر نوجوانی، حاملگی و سالمندی مربوط می‌شود (۴). نیازهای انحراف از سلامتی به دنبال بیماری، نقایص ژنتیکی و جسمانی و انحراف ساختاری و عملکردی در انسان حادث می‌شوند (۴).

انجمن پزشکان آمریکا (۱۹۸۰)، بر این نکته تأکید کرده است که در برخوردهای درمان گرانه کوشش شود ظرفیت فرد جهت خود بهبودی، استقلال و عدم اتکا ارتقاء یابد و آموزش و مراقبت از خود بیش از درمان و یا متکی شدن، مدنظر قرار گیرد (۱۱).

انجام رفتارهای خود مراقبتی، قدرت عملکرد ارادی و سنجیده را در فرد بالا برده و او را قادر می‌سازد عملکرد هدفمندانه داشته باشد (۱۲، ۱۳). حمایت از خودمراقبتی، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی شدن استفاده از خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت را در بردارد (۲). خودمراقبتی در کشورهای در حال توسعه، در مراحل اولیه است، منابع در دسترس از کشورهای در حال توسعه در مورد خودمراقبتی بسیار کم هستند و رشد قابل توجهی در این زمینه وجود نداشته است. متخصصان همچنان مهم‌ترین سطح از سیستم سلامت بوده و هنوز راه زیادی تا اعمال حق مردم بر سلامتی‌شان در رابطه پزشک و بیمار پیش روی می‌باشد (۲).

شهلازاده و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود بیان کردند هرچند برنامه‌های جدید مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باعث شده که مراقبت و معاینات مادران مرتب شده و در نهایت از مورتالیتته و موربیدیتته ناشی از بارداری کاسته شود، ولی آگاهی و خود مراقبتی مادر، برنامه مؤثر و جدیدی خواهد بود که باعث توانمندی مادر می‌شود (۱۴).

³ Development Self – Care Requisites

⁴ Health Deviation Self – care Requisites

¹ Orem's self care

² Universal Self - Care Requisites

از طرفی نتایج حاصل از مطالعه سیمبر و همکاران (۲۰۱۰) در بخش فرآیند مراقبت قبل از زایمان نشان داد که به رغم ارائه نسبتاً مطلوب معاینات مامایی، ارائه سایر مراقبت‌ها مانند آموزش و مشاوره از کیفیت متوسط تا نامطلوب برخوردار است (۵۵٪ موارد) و بیشترین نارضایتی شرکت‌کنندگان در بخش ساختار مراکز بهداشتی درمانی، بعد از طولانی بودن مدت زمان انتظار، فراهم نبودن محیط مشاوره خصوصی برای مراجعین است (۱۵).

یکی از مشکلات دوران بارداری، بروز زایمان زودرس می‌باشد که علت عمده عوارض و مرگ پرناتال (۱۷)، (۱۶)، علت اصلی مرگ نوزادان و دومین علت اصلی مرگ کودکان کمتر از ۵ سال بعد از پنومونی است (۱۷). سالانه تقریباً ۱۵ میلیون زایمان زودرس در جهان اتفاق می‌افتد که ۸۵٪ آن در آفریقا و آسیا است (۱۸). زایمان زودرس در ایران روندی رو به افزایش داشته است؛ به طوری که از ۶/۷٪ در سال ۱۳۷۵ به ۱۲/۱٪ در سال ۱۳۷۹ و ۱۶/۴٪ در سال ۱۳۸۲ رسیده است (۱۹). با توجه به آمار دریافت شده از بیمارستان‌های سطح شهر مشهد با همکاری مرکز تحقیقات سلامت زنان، تعداد ۴۷۴۳ مورد زایمان زودرس در طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۲ به وقوع پیوسته است که بالاترین تعداد را سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۹۲ به خود اختصاص داده‌اند (۲۰). مطالعات انجام شده بر روی زایمان زودرس، فاکتورهای متعددی از جمله حمایت‌ها، روابط اجتماعی و مراقبت از خود را در ایجاد آن دخیل دانسته‌اند (۲۱).

سالینگ و همکار (۲۰۰۸) در مطالعه خود بیان کردند برنامه خودمراقبتی برای زنان باردار، روش مؤثری برای پیشگیری از زایمان زودرس می‌باشد و باید برای همه زنان باردار توصیه شود (۲۲).

با توجه به اهمیت خودمراقبتی در مادران باردار و عدم دسترسی پژوهشگر با جستجوی منابع اطلاعاتی در دسترس در خصوص آموزش مبتنی بر تئوری اورم بر رفتار خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس، مطالعه حاضر با هدف تعیین کاربرد تئوری اورم در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروه در فاصله زمانی آذر ماه سال ۱۳۹۴ تا مهر ماه سال ۱۳۹۵ بر روی ۱۷۶ زن باردار در معرض خطر زایمان زودرس در شهر مشهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمل زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس بودند که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه می‌کردند. جهت انجام نمونه‌گیری توسط پژوهشگر مراکز بهداشتی-درمانی به عنوان چارچوب نمونه‌گیری این پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود؛ به طوری که انتخاب مراکز بهداشت ۵ گانه به صورت طبقه‌ای، انتخاب مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مراکز اصلی و پایگاه‌های آن‌ها به صورت خوشه‌ای و نمونه‌گیری واحدهای پژوهش از این مراکز و پایگاه‌های آن‌ها به صورت در دسترس انجام شد. در مجموع ۲۴ مرکز و پایگاه انتخاب شد که ۱۲ مرکز و پایگاه به گروه مداخله و ۱۲ مرکز و پایگاه به گروه کنترل اختصاص یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی و ساکن شهر مشهد، حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت درک و پاسخگویی به سؤالات، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش، رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه، سن بارداری بر اساس LMP^۱ دقیق و قابل اعتماد یا سونوگرافی ۳ ماهه اول بین ۲۴ تا ۲۶ هفته و کسب امتیاز ۱۰ یا بیشتر از پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش، اختلالات گفتاری و شنوایی یا لهجه‌ای که مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر باشد، عدم شرکت در ۳ جلسه آموزش، عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها و سابقه و یا ابتلای فعلی به مشکلات روانی^۲ بود.

برای تعیین حجم نمونه با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه، از نتایج مطالعه پایلوت و فرمول مقایسه میانگین‌ها با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان

^۱ Last Menstrual Period

^۲ سابقه مراجعه به کلینیک‌های روانپزشکی یا بستری در بیمارستان روانی

بالاتر و بهتر خودمراقبتی می‌باشد. روایی پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت در مطالعه چاینین سا هان (۲۰۰۲) تأیید شده است (۲۳، ۶۱). همچنین روایی فرم مشخصات فردی و ملامی واحدهای پژوهش و پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت (پس از برگرداندن به فارسی)، مورد ارزیابی محتوا قرار گرفت؛ بدین ترتیب که این فرم‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و ملامی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از کسب نظرات ایشان و لحاظ نمودن پیشنهادات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. فرم مشخصات فردی و ملامی واحدهای پژوهش شامل عبارت‌های واضح می‌باشد که با توجه به مطالعات مشابه، مشاوره با اساتید راهنما و مشاور و استفاده در تحقیقات مختلف، پایایی آن تأیید شده است. پایایی پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت در مطالعه چاینین سا هان (۲۰۰۲) با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شد (۲۳). این پرسشنامه مجدداً با آلفای کرونباخ ۰/۷۶/۲ مورد تأیید قرار گرفت.

روش انجام کار به این صورت بود که پس از تأیید معاونت پژوهش و کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و ملامی مشهد و ارائه آن توسط پژوهشگر به مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی و کسب اجازه از سرپرست این مراکز، پژوهشگر با مراجعه به واحد ملامی، اقدام به نمونه‌گیری کرد. کل فرآیند نمونه‌گیری ۱۱ ماه به طول انجامید. ابتدا اهداف، روش مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات بیمار توضیح داده شد و از واحدهای پژوهش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. در صورت رضایت زنان باردار، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و پس از تکمیل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس توسط پژوهشگر، واجد شرایط ورود به مطالعه بودند (یعنی طبق پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس امتیاز ۱۰ یا بیشتر می‌گرفتند)، به عنوان واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله (مادران در معرض خطر زایمان زودرس که تحت آموزش خودمراقبتی قرار گرفتند) و کنترل (مادران در معرض خطر زایمان زودرس که تحت مراقبت‌های معمول دوران بارداری بودند)، در نظر گرفته شدند.

آزمون ۰/۸۰ در مورد متغیر رفتار خود مراقبتی در سه مرحله بعد از مداخله استفاده شد، بر اساس این فرمول حجم نمونه ۷۸ نفر در هر گروه (۱۵۶ نفر در مجموع دو گروه) برآورد شد که با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه، ۹۴ نفر در هر گروه و ۱۸۸ نفر در مجموع تخمین زده شد. با خروج ۶ نفر از گروه مداخله و ۶ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری، در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۱۷۶ نفر انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک، فرم مشخصات فردی و ملامی واحدهای پژوهش و پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت بود. پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس هولبروک شامل ۳ بخش: عوامل خطر اصلی، عوامل خطر فرعی و عوامل خطر زمینه‌ای می‌باشد که بخش اول شامل ۱۳ سؤال، بخش دوم شامل ۱۴ سؤال و بخش سوم شامل ۱۲ سؤال می‌باشد. سؤالات بخش اول هر کدام ۱۰ نمره، بخش دوم ۵ نمره و بخش سوم ۲/۵ نمره دارد. چنانچه فردی ۱۰ نمره یا بیشتر کسب کند جزء گروه پرخطر برای زایمان زودرس قرار می‌گیرد و چنانچه کمتر از ۱۰ بگیرد، جزء گروه کم خطر برای زایمان زودرس قرار می‌گیرد.

فرم مشخصات فردی و ملامی واحد پژوهش شامل دو بخش: مشخصات فردی و مشخصات ملامی است که بخش اول شامل ۱۰ سؤال و بخش دوم شامل ۲۰ سؤال می‌باشد و در ابتدای پژوهش توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد.

پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت^۱ (۲۳) برگرفته از آیتم‌های خود مراقبتی اورم و گایدلاین‌های مراقبت‌های دوران بارداری است که توسط هارت ایجاد شده است (۲۳). این پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال می‌باشد که بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طبقه‌بندی شده است و به هر کدام به ترتیب نمره یک تا پنج تعلق می‌گیرد، اما در سؤال‌های ۳۴، ۲۹، ۲۲، ۱۲، ۹، ۲، ۱ نمره‌دهی به صورت معکوس می‌باشد. هرچه نمرات واحدهای پژوهش بالاتر باشد، نشان دهنده سطح

¹ Hart prenatal care actions scale

در ادامه پرسشنامه اطلاعات فردی و مامایی و پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت در اختیار آنان قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند. بر اساس پرسشنامه غربالگری زایمان زودرس، نمونه‌ها به ۲ گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. سپس بر اساس پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت، نیازهای آموزشی گروه مداخله ارزیابی شد و بر اساس نیاز هر فرد از گروه مداخله آموزش‌های لازم در ۳ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای در ۳ هفته متوالی به صورت فردی و چهره به چهره به شیوه پرسش و پاسخ و کارت‌های آموزشی داده شد. محتوای آموزشی بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم طراحی شده است و شامل نیازهای مراقبت از خود همگانی، خود تکاملی و انحراف از سلامت می‌باشد.

در این مطالعه ۲ پرسش‌نامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت تا قبل از شروع جلسه دوم و سوم آموزش بر اساس رفتارهای خودمراقبتی خود در طی هفته گذشته تکمیل نمایند و به پژوهشگر تحویل دهند. در انتهای جلسه سوم محتوای کلی آموزش به صورت جزوه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. همچنین شماره تلفن پژوهشگر در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت تا در صورت نیاز با پژوهشگر در تماس باشند. پژوهشگر نیز هفته در میان با گروه مداخله تماس تلفنی می‌گرفت تا به سؤالات آن‌ها در مورد خودمراقبتی پاسخ دهد، از اجرا یا عدم اجرای رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها مطلع شود و بر اجرای این رفتارها تأکید کند. گروه‌های کنترل تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری را توسط مامای مرکز بهداشت دریافت می‌کردند. گروه کنترل نیز پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت را طی ۲ هفته متوالی تکمیل نمودند و به پژوهشگر تحویل دادند. در نهایت جهت ثبات اطلاعات، پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری هارت پس از زایمان توسط تمام واحدهای پژوهش مجدداً تکمیل گردید. پس از اتمام پژوهش پس از زایمان، جزوه حاوی محتوای آموزشی در اختیار گروه

کنترل نیز قرار گرفت و به تمام واحدهای پژوهش هدیه - ای تعلق گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های آماری (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و جهت بررسی مقایسه میانگین نمره خودمراقبتی در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون‌های با اندازه تکراری استفاده شد. در تمام آزمون‌ها، ضریب اطمینان ۰/۹۵ و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه مداخله $28/6 \pm 6/2$ سال و در گروه کنترل $28/4 \pm 6/6$ سال بود که تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشتند ($p=0/861$). اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۴۲٪) و کنترل (۴۴٪) تحصیلات دیپلم داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/681$). همچنین اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۷۰/۵٪) و کنترل (۶۹/۳٪) درآمد در حد کفاف داشتند ($p=1/000$). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل میانگین سن، سن همسر، مدت زمان ازدواج و بر اساس نتایج آزمون کای دو فراوانی تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، درآمد خانواده، بیمه، نوع بیمه و وضعیت سکونت در دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند ($p>0/05$).

به منظور بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرهای کمی مرتبط با مشخصات مامایی واحدهای پژوهش، از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و شپیرویلک استفاده شد که دارای توزیع غیر نرمال بودند ($p<0/05$). میانگین تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد زایمان زودرس، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند فوت شده، تعداد مرده‌زایی و فاصله حاملگی فعلی تا زایمان قبلی در دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند ($p>0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مشخصات مامایی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس مورد مطالعه به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	سطح معنی داری*	
		کنترل	مداخله
تعداد حاملگی	۲/۶±۱/۷	۲/۵±۱/۴	p=۰/۹۴۵
تعداد زایمان	۱/۰±۱/۱	۰/۹±۰/۹	p=۰/۸۳۹
تعداد سقط	۰/۶±۰/۱	۰/۶±۰/۹	p=۰/۹۹۳
تعداد زایمان زودرس	۰/۲±۰/۵	۰/۳±۰/۵	p=۰/۲۲۰
تعداد فرزندان زنده	۰/۷±۰/۹	۰/۷±۰/۸	p=۰/۹۷۷
تعداد نوزادان فوت شده	۰/۱±۰/۳	۰/۱±۰/۴	p=۰/۱۴۱
تعداد مرده زایی	۰/۰±۰/۲	۰/۰±۰/۱	p=۰/۲۴۹
فاصله حاملگی فعلی تا زایمان قبلی (سال)	۴/۲±۳/۹	۳/۹±۴/۴	p=۰/۶۱۵

*آزمون من ویتنی

در دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$)، اما بین علاقه به یادگیری در مورد علائم زایمان زودرس و فعالیت‌های خودمراقبتی در دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($p < 0.05$).

بین میانگین مراقبت از خود در دوران بارداری قبل از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($p = 0.899$).

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، میانگین نمره مراقبت از خود بر حسب گروه و مرحله سنجش تفاوت معنی داری داشت ($p < 0.0001$). گروه ($p < 0.0001$) و مرحله ($p < 0.0001$) اثر معنی داری بر مراقبت از خود داشتند. همچنین اثر متقابل معنی داری بین این دو بر مراقبت از خود وجود داشت ($p < 0.0001$). بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمره مراقبت از خود قبل از مداخله با مراحل دوم، سوم و چهارم، همچنین میانگین مراقبت از خود مرحله دوم با چهارم و نیز سوم با چهارم تفاوت معنی داری داشت ($p < 0.0001$) (جدول ۲).

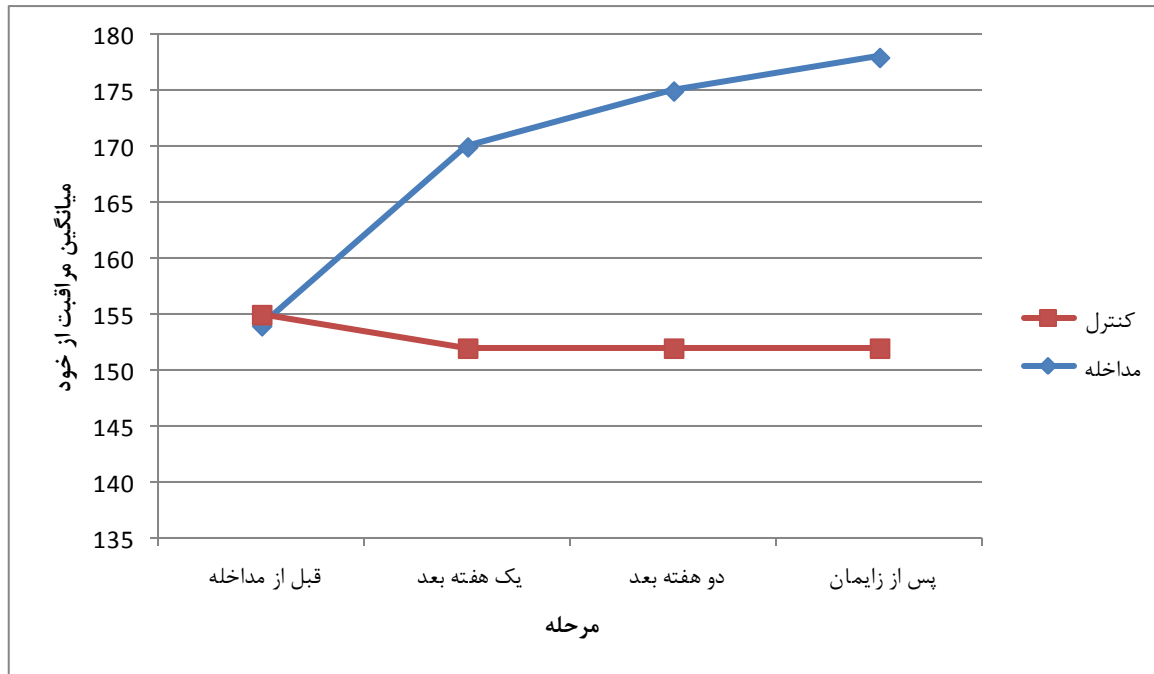
اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله ($64/8\%$) و کنترل ($56/8\%$)، سابقه آموزش خودمراقبتی در بارداری نداشتند ($p = 0.280$). همچنین اکثر افراد در گروه مداخله ($51/6\%$) و کنترل ($52/6\%$)، آموزش‌های خودمراقبتی در بارداری را توسط ماما دریافت کردند ($p = 0.933$). اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله ($67/0\%$) و کنترل ($64/8\%$) اطلاعات اندکی در مورد زایمان زودرس و فعالیت‌های خودمراقبتی دوران بارداری داشتند ($p = 0.596$). اکثر آن‌ها در گروه مداخله ($68/2\%$) و کنترل ($47/1\%$) علاقه زیادی به یادگیری در مورد علائم زایمان زودرس داشتند ($p = 0.007$). همچنین اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله ($64/8\%$) و کنترل ($51/7\%$) علاقه زیادی به یادگیری در مورد عوارض زایمان زودرس داشتند. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله ($80/7\%$) و کنترل ($60/9\%$) علاقه زیادی به یادگیری در مورد خودمراقبتی دوران بارداری داشتند ($p = 0.010$). بین سابقه آموزش خودمراقبتی در بارداری، منابع آموزش خودمراقبتی، اطلاعات در مورد زایمان زودرس و فعالیت‌های خودمراقبتی و علاقه به یادگیری در مورد عوارض زایمان زودرس اختلاف آماری معناداری

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مراقبت از خود در زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس مورد مطالعه به تفکیک مرحله

مرحله	سنجش و گروه	
	کنترل	مداخله
مراقبت از خود قبل از مداخله	۱۵۵/۰±۱۶/۰	۱۵۴/۰±۱۵/۰
مراقبت از خود یک هفته پس از شروع مداخله	۱۵۲/۰±۱۷/۰	۱۷۰/۰±۱۵/۰
مراقبت از خود دو هفته پس از شروع مداخله	۱۵۲/۰±۱۸/۰	۱۷۵/۰±۱۶/۰
مراقبت از خود پس از زایمان	۱۵۲/۰±۱۸/۰	۱۷۸/۰±۱۴/۰

سطح معنی داری	
<0.001	اثر مرحله (زمان)
<0.001	اثر گروه
<0.001	اثر متقابل
<0.001	اثر کلی

نتیجه آزمون اندازه‌های تکراری



نمودار ۱- میانگین مراقبت از خود در زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس مورد مطالعه به تفکیک مرحله سنجش و گروه

بحث

خودمراقبتی در هر یک از ۵ حیطه شامل رژیم غذایی ($p=0/04$)، فعالیت فیزیکی ($p=0/000$)، اندازه‌گیری قند خون ($p=0/003$)، رژیم دارویی ($p=0/001$)، مراقبت از پای دیابتی ($p=0/001$) قبل و بعد از آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم تفاوت معنی‌داری نشان داد (۷). در مطالعه عشوندی و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دارای دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت ICD، بین نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه قبل از مداخله در زمینه آگاهی از خودمراقبتی، تمایل به خود مراقبتی، مهارت خودمراقبتی و توان خودمراقبتی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p>0/05$)، اما بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($p<0/05$) (۹). در مطالعه صاحب‌الزمانی و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میزان آگاهی و نحوه عملکرد بیماران صرعی مراجعه

در مطالعه حاضر در راستای هدف مقایسه میانگین نمره رفتار خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل، مقایسه میانگین نمرات خودمراقبتی یک هفته، دو هفته پس از شروع مداخله و پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل و نیز نسبت به ابتدای مطالعه به طور معنی‌داری افزایش یافت، در حالی‌که در گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری از این نظر وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه غفوری‌فرد و همکار (۲۰۱۵)، عشوندی و همکاران (۲۰۱۳)، صاحب‌الزمانی و همکاران (۲۰۱۰)، منگولیان و همکاران (۲۰۱۱) و محمودزاده زرنندی و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود (۷، ۹، ۱۰، ۲۴، ۲۵). در مطالعه غفوری‌فرد و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، میانگین نمره توان

می‌یابد (۲۴). اجرای برنامه خودمراقبتی می‌تواند انگیزه و اعتماد به نفس را در مددجویان تقویت نماید؛ به طوری که آن‌ها با قبول مسئولیت مراقبت از خود، نارسایی‌ها و ناتوانی‌های حاصل از بیماری‌ها را بهبود ببخشند و از توان خودمراقبتی در جهت رفع این مشکلات استفاده نمایند. طبیعتاً اجرای برنامه‌های خودمراقبتی که برگرفته از نیازهای بیماران و با تکیه بر اصول خودمراقبتی باشد، نتایج مثبت و بهتری بر جای خواهد گذاشت، ضمن اینکه چنین برنامه‌هایی ایمن، ارزان و راحت بوده و زمینه پذیرش بیمار را بیشتر می‌کند (۷). بنابراین برنامه آموزشی خودمراقبتی بر اساس تئوری اورم که با توجه به نیازها، توانمندی، شرایط و وضعیت مادران باردار در معرض خطر زایمان زودرس می‌باشد، از دلایل اثر مثبت این نوع آموزش در مطالعه حاضر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تداوم بهبود رفتار خودمراقبتی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس در هفته‌های اول، دوم بعد از شروع مداخله و پس از زایمان بود که از این جهت با مطالعه پسمن و همکاران (۲۰۰۷) همسو بود (۲۶). در مطالعه پسمن و همکاران (۲۰۰۷) تحت عنوان تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران دارای ICD، نشان داده شد رفتارهای مراقبت از خود به تدریج ۱ و ۲ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون بهتر شده است؛ به طوری که ۱ ماه بعد از آموزش بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد دارای کیفیت زندگی بهتری شده بودند (۲۶). هدف مهم در آموزش، ایجاد رفتار بهداشتی درست و ماندگار است و این تداوم مراقبت است که برای بیمار ارزشمند است. اگر فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود با روش‌های آموزشی فعال و با شناخت نگرش‌ها و عقاید بیمار و با فراهم کردن محیطی مساعد با ایجاد اعتقاد و اطمینان و راحتی برای مددجو اجرا شود، می‌تواند در جهت ارتقای رفتارهای مطلوب بهداشتی نقش مؤثری را ایفا نماید (۹). در نتیجه اجرای جلسات منظم، هدفمند، ساده، گویا، قابل فهم و بر اساس نیازهای فردی به صورت آموزش فردی و چهره به چهره همراه با پرسش و پاسخ می‌تواند در دستیابی به نتایج مثبت، مفید واقع شود و همچنین باعث تداوم در رفتارهای بهداشتی

کننده به بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، بین نمرات آگاهی و عملکرد قبل و بعد از آموزش در گروه مورد اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0.01$) (۲۴). در مطالعه منگولیان و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان تأثیر یک برنامه آموزش خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رتبه آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در کل حیطه‌های مراقبت از خود، قبل از مداخله بین دو گروه تجربی و شاهد معنادار نبود، در حالی که این میانگین امتیازات بعد از مداخله در گروه تجربی و شاهد اختلاف معناداری داشت؛ به طوری که مقایسه تغییرات نشان داد که تغییرات آگاهی و عملکرد در گروه تجربی به طور معناداری بیش از تغییرات آگاهی و عملکرد در گروه شاهد بود که نشان دهنده تأثیر آموزش بر گروه تجربی بود (۲۵). در مطالعه محمودزاده زرنندی و همکاران (۲۰۱۶) تحت عنوان تأثیر مدل خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران میگرنی، بعد از مداخله آموزشی نمره تمامی ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش آماری معنی‌داری داشت ($p < 0.05$). افزایش نمره کلی خودمراقبتی در این افراد قابل توجیه است. تأثیر مثبت به‌کارگیری سیستم آموزشی - حمایتی بر برآیندهای بیماران مختلف توسط مطالعات مختلف تأیید شده است (۱۰). به نظر می‌رسد برای اینکه بیمار دارای رفتارهای صحیحی جهت مراقبت از خود باشد در درجه اول باید آگاهی مناسبی در مورد این رفتارها داشته باشد؛ چراکه طبق تحقیق ریژل، بهبود رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آن‌ها امکان‌پذیر نمی‌باشد (۲۵). هرچه بیماران دانش بیشتری از وضع بیماری و نحوه مراقبت از خود داشته باشند، علاوه بر همکاری بیشتر با تیم بهداشتی - درمانی و مشارکت فعال در برنامه‌های مراقبتی، به تغییر رفتار مناسب‌تری مطابق با الگوهای بهداشتی درمانی ناآل می‌گردند. بنابراین یکی از نقش‌های مستقل پرستاری، توسعه، حفظ، برگرداندن مجدد سلامتی، پیشگیری از بیماری‌ها و کمک به مددجو جهت سازگاری با اثرات باقی‌مانده به دنبال بروز بیماری است که پرستار از طریق آموزش به این اهداف دست

مادران باردار شود. از طرفی ایجاد انگیزه مادران باردار پس از شرکت در جلسات آموزشی و پذیرش مسئولیت مراقبت از خود و جنین خود از دلایل تداوم بهبود رفتارهای خودمراقبتی در آن‌ها می‌باشد.

در مطالعه رحیمی و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی بیماران تحت دیالیز، میانگین سطح خودمراقبتی بعد از مداخله در دو گروه در حیطه بهداشت شخصی تفاوت آماری معناداری داشت، اما در حیطه‌های کنترل رژیم غذایی، ارتباطات، خواب و استراحت و ایجاد رژیم پزشکی تفاوت آماری معناداری در دو گروه بعد از مداخله مشاهده نشد ($p > 0.05$) (۲۷). خودمراقبتی تحت تأثیر فاکتورهای زمینه‌ای از قبیل سن، عوامل فرهنگی-اجتماعی، دانش، انگیزش، نگرش، عملکرد و عوامل محیطی است (۲۸) و ممکن است اختلاف مطالعه رحیمی و همکاران (۲۰۱۴) با مطالعه حاضر به این علل باشد. همچنین در مطالعه انیس و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان بررسی تصادفی برنامه آموزشی کنترل شده ارتقاء سلامت برای بیماران ام اس، اجرای برنامه آن‌ها تأثیری بر بهبود محدودیت در ایفای نقش مرتبط با مشکلات عاطفی بیماران مولتیپل اسکلروزیس نداشت (۲۹) که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که از دلایل اختلاف آن می‌توان به تدوین و اجرای برنامه آموزشی بدون در نظر گرفتن نیازهای آموزشی افراد اشاره کرد. از آنجایی که آموزش خودمراقبتی دوران بارداری باعث توانمندسازی زنان، ایجاد حس مسئولیت برای خود و جنین‌شان و در نتیجه ارتقای رفتار خودمراقبتی آن‌ها می‌شود، لذا نتیجه این مطالعه می‌تواند به کل جمعیت زنان باردار تعمیم یابد. از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان نظارت دقیق بر فعالیت‌های خودمراقبتی و استفاده از پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری هارت به صورت

خودگزارشی بود که به پاسخ‌های واحدهای پژوهش اعتماد شد. از جمله نقاط قوت این مطالعه نسبت به سایر مطالعات، استفاده از یک تئوری معتبر علمی در ارتباط با خودمراقبتی، نیازسنجی افراد مورد پژوهش در ابتدای مطالعه، شروع مطالعه در سنین پایین‌تر حاملگی تا حد امکان، پیگیری اجرای این رفتارها تا انتهای بارداری (حدود ۱۵ هفته) و تکمیل پرسشنامه اقدامات مراقبت‌های دوران بارداری در ۴ زمان بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی آموزش خودمراقبتی اورم بر استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری و کیفیت زندگی زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به کاربرد تئوری اورم در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، شناسایی و آموزش خودمراقبتی دوران بارداری مبتنی بر تئوری اورم به زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس در مراکز بهداشتی-درمانی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد شناسایی ۹۴۰۳۶۴ می‌باشد. کد ثبت کارآزمایی بالینی این طرح IRCT201512222569N1 و کد مصوب کمیته اخلاق کشوری این طرح ir.mums.rec.1394.448 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Avelyn G. The Relationship between prenatal self-care practices during pregnancy and birth outcomes among young mothers aged 16 to 24 years delivering at Gweru Maternity Hospital DS. [Master Thesis]. Mt Pleasant: University of Zimbabwe; 2014.
2. Rafieefar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M. Comprehensive system of empowering people to take care of their health. 1st ed. Tehran: Mehrravash; 2005. P. 30-40, 57-84.

3. Habibzadeh H, Davarpanah M, Khalkhali HR. The survey of effect of utilization Orem's care model on the level of self-efficacy of patients under hemodialysis in educated hospitals of Orumiye university of medical sciences. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2012; 10(2):190-9.
4. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 207-28.
5. Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2th ed. New York, USA: F.A Davis Company; 2006.
6. Çapik A, Nazik E, Özdemir F. The effect of the care given using Orem's self-care model on the postpartum self-evaluation. *Int J* 2015; 8(2):393.
7. 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 Facul* 2015; 23(1):5-13.
8. Hemati Z, Abasi S, Mosaviasl F, Shakerian B, Kiani D. Effect of Orem's self-care model on perceived stress in adolescents with asthma referring to the asthma and allergy clinic, Isfahan, 2014. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2016; 4(3):247-55.
9. Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of education based on Orem's self-care model in self-care activity of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Hayat* 2013; 19(3):47-55. (Persian).
10. Mahmoudzadeh Zarandi F, Raiesifar A, Ebadi A. The effect of Orem's self-care model on quality of life in patients with migraine: a randomized clinical trial. *Acta Med Iran* 2016; 54(3):159-64.
11. Mohajer T. *Patient education techniques*. 1st ed. Tehran: Salemi; 2001.
12. Aggleton P, Chalmers H. *Nursing models and nursing practice*. 1st ed. Canada: The PhilPapers Foundation; 2000. P. 27.
13. Alligood MR. *Nursing theory: utilization and application*. 24th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2006.
14. Mohebbi SZ, Sheikhzadeh S, Ezzati-Givi N, Shekarchizadeh H. Self-perceived oral health and its determinants among adult dental patients in a University Dental Clinic in Tehran, Iran. *J Oral Health Oral Epidemiol* 2015; 4(1):30-7.
15. Ghaffari F, Jahani N, Jafarnejad F, Esmaily H. The assessment of quality of preconception care provided to reproductive aged women in health centers of Mashhad in 2012. [Master Thesis]. Mashhad, Iran: Mashhad University of Medical Science; 2013.
16. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013; 10(Suppl 1):S2.
17. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science* 2014; 345(6198):760-5.
18. Shah R, Mullany LC, Darmstadt GL, Mannan I, Rahman SM, Talukder RR, et al. Incidence and risk factors of preterm birth in a rural Bangladeshi cohort. *BMC Pediatr* 2014; 14(1):112.
19. Mehran N, Abbaszadeh F, Bagheri A, Noroozi M. Relation between Home Work and Preterm Labor. *J Hayat* 2013; 18(5):46-54. (Persian).
20. Miyvaneh F, Entezari AR, Khadem N, Shojae T. Modeling the seasonal patterns of preterm deliveries: time series study in Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(178):12-20. (Persian).
21. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The effect of lifestyle on the rate of preterm birth. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(1):55-63.
22. Saling E, Drager M. Program for prevention of a considerable number of premature births. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 58(2):118-26.
23. Ceahan S. Effect of depression on learned resourcefulness and prenatal self care practices in pregnant women with and without HIV seropositivity in Thailand. [Master Thesis]. France: Bolton School of Nursing Case Western Reserve University; 2002.
24. Sahebolzamani M, Shakuri A, Aliloo L, Rashidi A. The efficacy of self-care education on knowledge and performance of epileptic patients who referred to selected hospitals of Tehran university of medical sciences in 2008. *Urmia Med J* 2010; 20(4):284-9.
25. Mangolian SP, Shahanazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure. *Iran J Med Educ* 2012; 11(6):609-19.
26. Passman R, Subacius H, Ruo B, Schaechter A, Howard A, Sears SF, et al. Implantable cardioverter defibrillators and quality of life: results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch Intern Med* 2007; 167(20):2226-32.
27. Rahimi F, Gharib A, Beyramijam M, Naseri O. Effect of self-care education on self efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Life Sci J* 2014; 11(1):136-40.
28. Kordi M, Banaei M, Asgharipour N, Mazloom SR, Akhlaghi F. Predicting self-care behaviors in women with gestational diabetes mellitus based on self-efficacy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(13):6-17. (Persian).
29. Ennis M, Thain J, Boggild M, Baker GA, Young CA. A randomized controlled trial of a health promotion education programme for people with multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 2006; 20(9):783-92.

