

تأثیر مشاوره مادر محور بر خودکارآمدی و نگرانی دوران بارداری: مطالعه نیمه تجربی توانمندسازی مبتنی بر نیاز در مادران نوجوان شهر زاهدان

طاهره بریری^۱، حلیمه هرمزی عارف^۲، سمیرا خیاط^۳ و سحر^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افزایش نگرانی‌ها و خودکارآمدی پایین با افزایش پیامدهای نامطلوب بارداری در نوجوانان در ارتباط است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی مادر محور بر خودکارآمدی زایمان و نگرانی دوران بارداری در مادران نوجوان انجام گردید.

روش‌ها: این مطالعه‌ی نیمه‌تجربی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۷۰ نوجوان پیرامی گراوید مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت زاهدان انجام شد. مداخله شامل ۶ جلسه مشاوره گروهی به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه در سه ماهه‌ی دوم بارداری بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی خودکارآمدی زایمان و نگرانی دوران بارداری کمبریج بود. تجزیه و تحلیل بر روی داده‌های ۳۲ نفر در گروه مداخله و ۳۰ نفر در گروه شاهد با استفاده از Paired T-test و Independent Samples T-test با سطح معنی‌داری $P < 0.05$ استفاده گردید.

یافته‌ها: قبل از مداخله، میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه مداخله ($93/03 \pm 16/75$) و شاهد ($99/1 \pm 15/24$) اختلاف معنی‌داری نداشت ($P = 0/14$) اما پس از انجام مداخله، اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله ($131/53 \pm 12/74$) و شاهد ($100/4 \pm 14/86$) مشاهده شد ($P < 0/001$). از نظر میانگین نمره‌ی نگرانی قبل از مداخله، بین گروه مداخله ($10/9 \pm 8/1$) و شاهد ($84/5 \pm 7/23$) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/16$) اما پس از انجام مداخله، اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله ($54/09 \pm 9/86$) و شاهد ($86/3 \pm 6/41$) وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره‌ی مادر محور، باعث افزایش خودکارآمدی زایمان و کاهش نگرانی‌های دوران بارداری در نوجوانان باردار می‌شود. برگزاری جلسات مشاوره مبتنی بر نیاز مادران در کنار مراقبت‌های معمول برای بهبود مراقبت‌ها توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: مشاوره؛ خودکارآمدی؛ نگرانی؛ مراقبت‌های پره‌ناتال؛ بارداری نوجوانان

ارجاع: بریری طاهره، هرمزی عارف حلیمه، خیاط سمیرا. تأثیر مشاوره مادر محور بر خودکارآمدی و نگرانی دوران بارداری: مطالعه نیمه تجربی توانمندسازی مبتنی بر نیاز در مادران نوجوان شهر زاهدان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۸۹): ۹۵۲-۹۶۲.

مقدمه

زودرس، کاهش رشد جنین و آسفییکسی جنین، اختلالات روانی، اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی از پیامدهای افزایش نگرانی و اضطراب در بارداری است (۴-۶). نگرانی، سبب ادراک منفی نسبت به زایمان و ترس‌های غیرضروری در مورد زایمان می‌شود و در نهایت باعث افزایش میزان سزارین می‌شود (۱). سطح بالای نگرانی احساس خودکارآمدی مادر را کاهش می‌دهد (۷). خودکارآمدی، مهم‌ترین پیش‌نیاز انجام رفتار در شرایط استرس‌زا

نگرانی‌های دوران بارداری، ترس‌ها و نگرانی‌های دوران بارداری در خصوص سلامت جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان است (۱). ۱۱ درصد مادران نوجوان در بارداری نگرانی را تجربه می‌کنند (۲). اختلالات روان در نوجوانان باردار نسبت به سایر نوجوان بالاتر است (۱۸/۲ درصد در مقایسه ۹/۶ درصد) (۳). کاهش کیفیت زندگی، افزایش فشارخون، زایمان

۱- عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲- عضو هیأت علمی، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۵- استادیار، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤؤل: سمیرا خیاط؛ استادیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

به نفس، احساس توان ناکافی جسمانی و روانی نسبی به زایمان، ترس از پارگی، عدم حمایت توسط تیم زایمان احساس از دست دادن خودکنترلی دارند (۱۵). لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی مادر محور بر خودکارآمدی زایمان و نگرانی دوران بارداری در مادران باردار نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز جامع شهر زاهدان انجام گرفت.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک پژوهش نیمه‌تجربی دو گروهه با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون بود. این مطالعه‌ی نیمه‌تجربی از آبان تا اسفندماه سال ۱۴۰۲ بر روی ۷۰ نفر از مادران باردار نوجوان پرایمی گراوید مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان زاهدان انجام گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مادر نوجوان (۱۹-۱۰ سال)، نخستین بارداری، دارای حاملگی طبیعی و تک قلو و عدم حاملگی پرخطر، فقدان سابقه‌ی بیماری‌های طبی پیش از بارداری (دیابت آشکار، فشارخون و بیماری مزمن)، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن حاملگی ۲۰-۱۶ هفته، عدم وجود اختلال روانی شناخته شده، عدم اعتیاد، عدم وجود بحران اجتماعی مانند مرگ عزیزان یا بروز جسمی و بیماری در ۶ ماه گذشته، نداشتن سونوگرافی مبنی بر ناهنجاری‌های جنینی، نمره‌ی نگرانی از بارداری مساوی یا بیشتر از ۵۵ و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. در صورت عدم تمایل جهت ادامه همکاری در طول انجام پژوهش، بروز مشکلات و عوارض بارداری و غیبت یک جلسه و یا بیشتر نمونه از مطالعه خارج می‌شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول
$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times [(S_1^2 + S_2^2)]}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$
 و داده‌های مطالعه‌ی شجاع و همکاران (۱۳۹۹) و میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی زایمان $\bar{X}_1 = 126/13$ ، $S_1 = 25/67$ ، $\bar{X}_2 = 96/27$ ، $S_2 = 34/91$ با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($Z_{1-\alpha/2} = 1/96$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($Z_{1-\beta} = 0/85$) برای هر گروه ۲۸ نفر تعیین شد (۱۹). جهت اطمینان از کفایت حجم نمونه، ریزش نمونه ۲۰ درصد در نظر گرفته شد و در هر گروه ۳۵ نفر در مجموع ۷۰ نفر به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند.

نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام گردید. در ابتدا شهر زاهدان به ۴ منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و از هر منطقه با استفاده از قرعه‌کشی ۲ مرکز (به عبارتی در کل ۸ مرکز) انتخاب شد. سپس بین مراکز هر منطقه، قرعه‌کشی شد و یک مرکز به عنوان گروه مداخله و یک مرکز به عنوان گروه شاهد انتخاب گردید. محقق در مراکز حضور یافت و در هر مرکز از مراجعان واجد شرایط مطالعه که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، دعوت به مشارکت به عمل آمد. در کل از هر مرکز ۸-۹ نفر به روش آسان از اولین مراجعان

و عامل اصلی تعیین‌کننده در انتخاب نوع زایمان است. خودکارآمدی زایمان به باور فرد در توانایی استفاده از رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان گفته می‌شود (۸). به نظر می‌رسد زنان باردار که خودکارآمدی پایینی دارند، زایمان طبیعی را امری دست نیافتنی تصور کنند و سزارین را انتخاب کنند (۹). سطح پایین خودکارآمدی زایمان در بارداری فعلی، خودکارآمدی را در زایمان بعدی کاهش می‌دهد و این مسأله مشکلات جسمانی و روانی از قبیل ترس و ناامیدی برای زایمان، توکوفوبیا، عدم تطابق با درد زایمان و افزایش درخواست سزارین بعدی را ایجاد می‌کند (۱۰).

مادران نوجوان به دلیل رشد ناقص، خودکارآمدی پایین و سطوح بالای اضطراب و نگرانی را در بارداری تجربه می‌کنند. آنها از نظر فیزیکی یا روانی آمادگی لازم برای مادر شدن و پذیرش مسئولیت‌های مادری و فرزندپروری را ندارند (۱۱). شرایط اجتماعی-اقتصادی نامناسب مانند تحصیلات پایین، مشکلات شغل و درآمد و حمایت کم خانواده نیز این وضعیت را بدتر می‌کند (۱۱، ۱۲).

Diotaiuti و همکاران، مداخله‌ی روانشناختی را به کلاس‌های آمادگی زایمان اضافه نمودند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از این رویکرد خودکارآمدی زایمان را افزایش داده و نگرانی را کاهش می‌دهد (۷). مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی در کنار آموزش‌های روتین بارداری، منجر به کاهش نگرانی و اضطراب و سزارین مادران در شهر بیرجند شد (۱۳). بر خلاف این نتایج مطالعه‌ی رستگاری و همکاران نشان داد، ارائه‌ی ۸ جلسه کلاس‌های آمادگی زایمان منجر به افزایش معنی‌دار خودکارآمدی زنان در زمان زایمان نشده است (۱۴).

نیازهای آموزشی هر یک از زنان بر حسب سن، پیشینه تجارب و انتظارات آنها متفاوت است (۱۵). برای آموزش مؤثر باید آموزش مبتنی بر نیاز باشد. مطالعه‌ی فلاح و همکاران، نشان داد، آموزش مبتنی بر نیاز در کلاس‌های آمادگی زایمان خودکارآمدی را بهبود می‌دهد (۱۶). اگرچه آموزش در دوران بارداری به طور وسیعی انجام شده لکن تفاوت در نیازها در آموزش‌های رایج مورد توجه قرار نمی‌گیرد. طبق بررسی‌ها مطالعه‌ای که به صورت مبتنی بر نیاز آموزش مادران نوجوان انجام شده باشد نیافتیم. در حالی که بارداری نوجوانان در ایران به ۴۰/۶ در سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۱۵ افزایش یافته است (۱۲). استان سیستان و بلوچستان، بالاترین نرخ باروری نوجوانان در ایران را با میزان ۱۳ درصد به خود اختصاص داده است (۱۷). بسیاری از حاملگی‌ها در سنین نوجوانی همراه با سطح اقتصادی و اجتماعی، تحصیلات و سلامت عمومی پایین است (۱۸). مادران نوجوان نخست‌زاد، سطح کمتر آگاهی و در کنار آن نگرانی بیشتری تجربه می‌کنند و به دلیل شنیدن داستان‌های منفی از سایر زنان، عدم اعتماد

مداخله

بعد از تصویب طرح و کسب مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد: IR.ZAUMS.REC.1402.130 و معرفی‌نامه از معاونت بهداشتی دانشگاه، محقق به مراکز جامع سلامت مراجعه نمود. پس از بیان اهداف و اهمیت پژوهش به زنان باردار و اطمینان بخشی از آزادی عمل در ورود یا ترک مطالعه در هر زمان، معیارهای ورود به مطالعه در افرادی که تمایل به مشارکت داشتند بررسی شد. سپس در نمونه‌های واجد معیارهای ورود به مطالعه از نمونه و همسر او رضایت‌نامه‌ی کتبی و آگاهانه برای ورود به مطالعه اخذ گردید. جهت بررسی معیارهای ورود از پرسش شفاهی از مادر در خصوص معیارها، محاسبه سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه ماهه‌ی اول و تکمیل پرسشنامه‌ی CWS استفاده شد. فرم مشخصات فردی و بارداری، پرسشنامه CBSEI به صورت خودایفا توسط نمونه در مرکز تکمیل گردید. همچنین جهت پیگیری و ارتباط با مادران، شماره تلفن مادران گرفته شد و محقق نیز شماره تلفن خود را در اختیار مادران قرار داد.

برای گروه مداخله، هفته‌ای یک جلسه به مدت ۶ هفته مشاوره با رویکرد مبتنی بر نیاز به صورت گروه‌های کوچک ۳ تا ۴ نفره توسط پژوهشگر برگزار شد. گروه شاهد، تنها مراقبت‌های دوران بارداری توسط مراقبین سلامت را دریافت نمودند. هر جلسه مشاوره شامل دو بخش بود. بخش اول شامل: محتویات جلسات مشاوره بر اساس چارچوب تنظیم شده بود محتوای برنامه‌ی مشاوره طبق برنامه‌های ادغام یافته‌ی مادران زایمان فیزیولوژیک و روش آموزشی لاهاز بود (جدول ۱). در ابتدای هر جلسه سوؤالات باز و کلی در خصوص محتوای جلسه پرسیده شد و بر اساس نیاز مادران در بخش‌هایی که اطلاعات کمتری داشتند، توضیحات و آموزش بیشتری ارائه گردید و در بخش‌هایی که اطلاعات کافی داشتند توضیحات کلی و به صورت یادآوری ارائه شد.

در بخش دوم به نیازهای خاص مادران پرداخته شد. در این بخش به پرسش و پاسخ درباره‌ی مشکلات و نگرانی‌های مادران و تصوراتی که مادران در مورد زایمان طبیعی داشتند و مشاوره در این خصوص پرداخته شد. از مادران درخواست شد تا مسائل و مشکلاتی که با آن روبرو هستند و سوؤالاتی که در خصوص بارداری، زایمان، مراقبت‌های مربوط به آن و مراقبت از نوزاد در ذهن خود دارند مطرح نمایند. سوؤالات و نگرانی‌هایی که مربوط به تمام اعضا بود در گروه پاسخ داده شد و سوؤالاتی که به صورت فردی مطرح بود به صورت فردی و چهره به چهره در پایان جلسه به آن پرداخته شد. هر جلسه مشاوره ۶۰-۴۵ دقیقه طول کشید. برای ارائه‌ی محتویات از تصاویر، فیلم‌های آموزشی، پاورپوینت و آموزش عملی استفاده گردید. آموزش‌ها

دارای شرایط مطالعه و موافق مشارکت در مطالعه به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم مشخصات فردی و بارداری، پرسشنامه‌ی استاندارد خودکارآمدی زایمان (Childbirth) و پرسشنامه‌ی CBSEI (Self Efficacy Inventory) و نگرانی دوران بارداری کمبریج (CWS (Cambridge Worry Scale) می‌باشد. فرم اطلاعات دموگرافیک: شامل سوؤال‌های: سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اشتغال مادر و همسر، سن بارداری، قد و وزن، وضعیت اقتصادی بود.

پرسشنامه‌ی CBSEI: پرسشنامه‌ی خودکارآمدی زایمان توسط Lowe (۱۹۹۳) به منظور سنجش خودکارآمدی زایمان طراحی و تدوین شده است. روایی محتوی بررسی شده و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ابزار، ۰/۸۷ می‌باشد (۳۰). در ایران روایی ابزار را خرسندی و همکاران بر روی ۱۷۶ زن باردار نخست حامله و چندزای مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مراقبت بارداری سنجیده‌اند و تأیید کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در ایران این با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تعیین شده است (۲۰). پرسشنامه شامل ۱۷ سوؤال، به صورت مقیاس ۱۰ قسمتی لیکرت (۱ = کاملاً نامطمئن تا ۱۰ = کاملاً مطمئن) برای هر سوؤال و دامنه‌ی امتیازها از ۱۷ تا ۱۷۰ می‌باشد. نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی انتظار پیامد و خودکارآمدی بیشتر در زایمان است. در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تعیین شد.

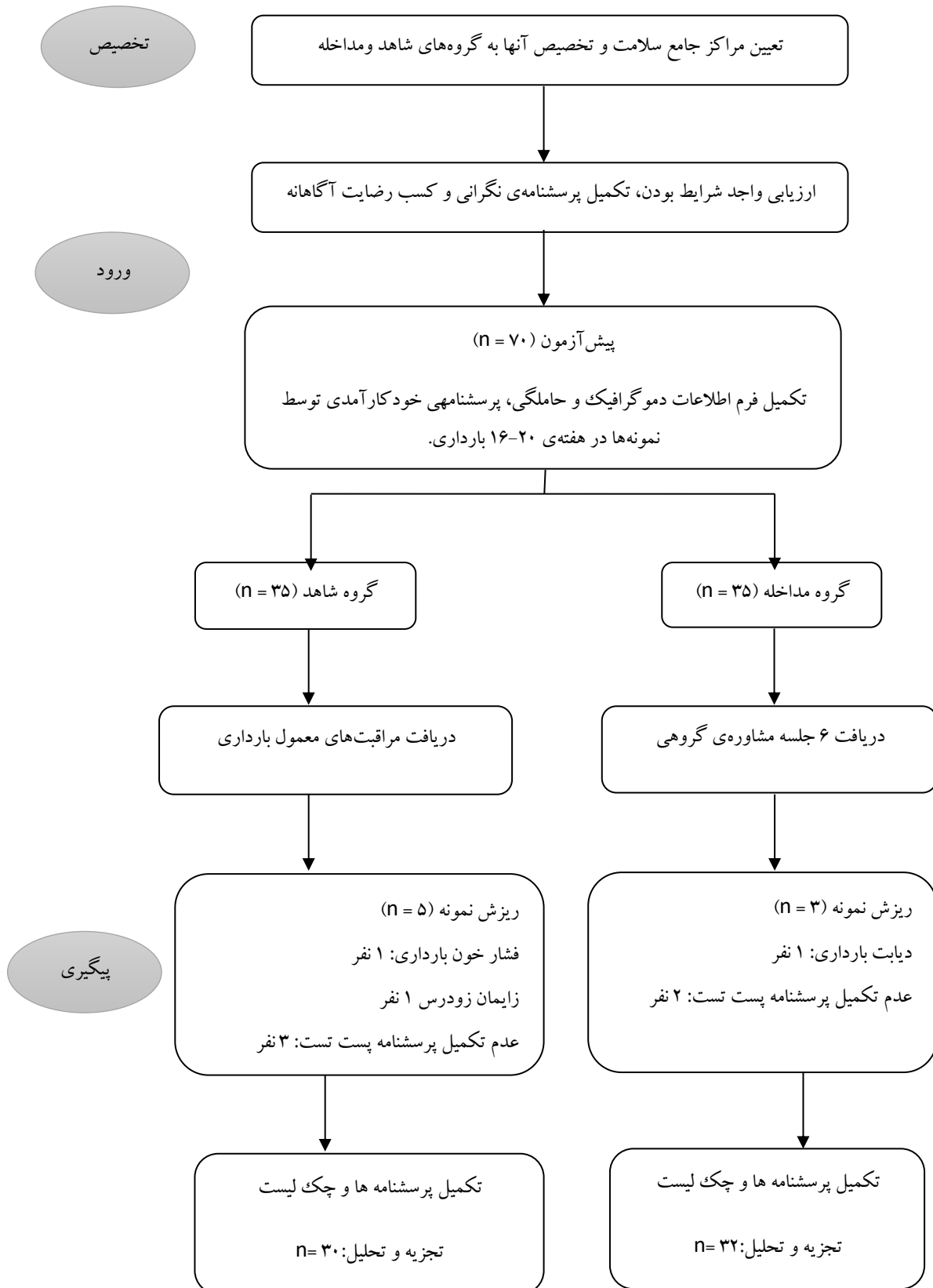
پرسشنامه‌ی CWS: این پرسشنامه توسط Green و همکاران (۲۰۰۳) در انگلیس ساخته شد و روایی محتوای آن بررسی و تأیید گردید. پایایی این پرسشنامه نیز با روش آزمون-باز آزمون ($r = 0/7$) و روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ ۰/۸۳) تأیید شده است. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه توسط مرتضوی و اکبری (۲۰۱۶) بررسی شد و ۶ آیتم به آن اضافه گردید. در نتیجه نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه شامل ۲۳ آیتم با طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای از بدون نگرانی (نمره‌ی صفر) تا نگرانی شدید (نمره‌ی پنج) است و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۱۵ و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده‌ی نگرانی بیشتر می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی است که نگرانی را در چهار حیطه‌ی ۱- اجتماعی- اقتصادی شامل مشکلات مالی، مشکلات کاری، مسایل منزل، مسایل قانونی، ۲- اجتماعی پزشکی شامل زایمان، رفتن به بیمارستان، معاینات داخلی، سزارش با نوزاد جدید، ۳- سلامت مادر و نوزاد شامل سقط و وجود مشکل در نوزاد و ۴- ارتباطات با همسر، خانواده، دوستان را شناسایی می‌کند. روایی محتوای آن توسط ۱۰ نفر متخصص بررسی شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ مورد تأیید است (۲۱). در مطالعه‌ی حاضر پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تعیین شد.

قدردانی از گروه شاهد، بسته‌ی آموزشی مراقبت نوزاد به آنها هدیه داده شد. در فرایند پیگیری‌ها ۵ نمونه از گروه شاهد و ۳ نمونه از گروه مداخله از مطالعه خارج شدند (شکل ۱).

توسط دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی و در مراکز جامع سلامت ارائه شد. پس از اتمام جلسات مجدداً در هفته‌های ۳۶-۳۴ بارداری پس از آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های CBSEI و CWS توسط نمونه‌ها انجام شد. برای

جدول ۱. محتوای آموزش در جلسات

جلسات	محتوا
۱	<ul style="list-style-type: none"> ✓ معارفه و توضیح اهداف ✓ آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنانه و تغییرات بدن مادر باردار ✓ ناراحتی‌های شایع دوران بارداری ✓ علائم خطر دوران بارداری (با توجه به سن بارداری) ✓ روش‌های کاهش درد: اصول ۱ و ۲ لاماز اصل اول: آگاهی و آموزش باعث غلبه بر ترس می‌شود. اصل دوم: منحرف کردن فکر زائو از دردهای زایمان ✓ آشنایی با انجام تکنیک‌های شل‌سازی عصبی-عضلانی بدن روزی دوبار صبح و عصر ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز
۲	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی با روند زایمان- مراحل چهار گانه (مرحله‌ی اول از شروع دیلاتاسیون افسان تا کامل شدن آن مرحله‌ی دوم از کامل شدن دیلاتاسیون افسان تا خروج نوزاد. مرحله‌ی سوم خروج جفت و پرده‌ها. مرحله‌ی چهارم دو ساعت اول بعد از زایمان. ✓ ادامه‌ی آموزش تکنیک‌های تنفسی لاماز در فاز غیر فعال: ۱- تکنیک تنفس عمیق و آرام در طول انقباضات و ۲- تمرکز بر روی یک نقطه خاص مثلاً تصویر یک کودک که می‌تواند همراه با ماساژ مادر باشد. ✓ انجام تمرینات ریلکسیشن ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز
۳	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی با فازهای زایمان (فاز غیر فعال- فاز فعال- مرحله‌ی انتقالی- مرحله‌ی زور زدن) ✓ آشنایی با انقباضات رحمی و طول مدت آن ✓ ادامه‌ی آموزش تکنیک‌های تنفسی لاماز: ابتدا سطحی و کوتاه (سینه‌ای) بعد تند شونده ✓ انجام تمرینات تنفسی و ریلکسیشن ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز
۴	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی با ویژگی‌های دردهای حقیقی و کاذب ✓ استفاده از روش‌های کاهش درد نقاط طب فشاری و کاربرد آن ✓ ادامه‌ی آموزش تکنیک‌های تنفسی لاماز: تنفس با الگو خاص در مرحله‌ی انتقالی به منظور شروع چند نفس عمیق سریع از راه دهان کشیده بازدم آخر را از میان لب‌های نزدیک به هم با فشار بیرون دهد. (همانند فوت کردن) ✓ انجام تمرینات تنفسی و ریلکسیشن ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز
۵	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی با سایر روش‌های کاهش درد ماساژ افلوراج ✓ تغییر پوزیشن در طی لیبر و زایمان و استفاده از پوزیشن‌های مناسب در طی لیبر و زایمان. ✓ ادامه‌ی آموزش تکنیک‌های تنفسی لاماز: تنفس عمیق و آرام مخصوص مرحله‌ی زور زدن با شلی عضلات کف لگن و لگن شل و سبک. ✓ انجام تمرینات تنفسی و ریلکسیشن ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز
۶	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی با مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین ✓ تغذیه با شیر مادر ✓ زمان مناسب جهت مراجعه به بیمارستان و بستری ✓ آموزش مراقبت‌های بعد از زایمان ✓ آشنایی با منشور حقوق بیمار ✓ انجام کل تمرینات ریلکسیشن و تکنیک‌های تنفسی ✓ پرسش و پاسخ مبتنی بر نیاز



شکل ۱. فرایند مطالعه

روی داده‌های حاصل (در گروه مداخله ۳۲ نفر، در گروه شاهد ۳۰ نفر) انجام شد. نتایج نشان داد گروه‌ها از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

نتایج آزمون آماری T-test نشان می‌دهد، قبل از آموزش میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در دو گروه مداخله و شاهد، تفاوت معنی‌دار نداشت ($P = 0/14$). اما بعد از آموزش، میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/001$) (جدول ۳). نتایج آزمون Paired T-tests نشان داد، میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در گروه مداخله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار نداشت ($P < 0/001$) اما در گروه شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار نداشت ($P = 0/22$) (جدول ۲).

نتایج آزمون آماری T-test نشان می‌دهد، قبل از آموزش، میانگین نمره‌ی نگرانی دوران بارداری در دو گروه مداخله و شاهد، تفاوت معنی‌دار نداشت ($P = 0/16$) اما بعد از آموزش، میانگین نمره‌ی نگرانی در دو گروه مداخله و شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/001$) (جدول ۴). نتایج آزمون Paired T-tests نشان داد میانگین نمره‌ی نگرانی دوران بارداری در گروه مداخله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش معنی‌دار داشت ($P < 0/001$) و در گروه شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون افزایش معنی‌دار داشت ($P = 0/01$) (جدول ۴).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری $P < 0/05$ انجام شد. جهت اهداف توصیفی از میانگین، انحراف معیار و فراوانی و درصد و آزمون‌های Chi-square و Independent Samples T-test استفاده گردید. جهت اهداف تحلیلی ابتدا بررسی توزیع نرمال داده‌ها به کمک آزمون Shapiro-Wilk انجام شد. بر اساس نتایج داده‌های نگرانی دوران بارداری و خودکارآمدی زایمان توزیع نرمال داشتند در نتیجه از آزمون Paired T-tests و Independent Samples T-test جهت تجزیه و تحلیل استفاده گردید.

تمامی روش‌ها مطابق با دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه انجام گردیده است. قبل شروع فرایند، رضایت آگاهانه‌ی کتبی از شرکت‌کنندگان و همسران آنها اخذ گردید و توضیح داده شد که نتایج کاملاً محرمانه خواهد ماند و اطلاعاتی بدون نام نمونه‌ها منتشر می‌شود، در خصوص مشارکت در پژوهش، فرد کامل آزاد است و پاسخ فرد تأثیری در اقدامات درمانی وی نخواهد داشت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۷۰ نفر مشارکت نمودند. در گروه مداخله ۳ نفر و در گروه شاهد ۵ نفر از مطالعه خارج شدند. تجزیه و تحلیل آماری بر

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک و بارداری نمونه‌ها در دو گروه مداخله و شاهد

متغیرها	گروه‌ها	مداخله	شاهد	آزمون Independent Samples T-test
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
سن (سال)		۱۷/۶۲ \pm ۱/۱۵	۱۷/۳۳ \pm ۱/۲۹	$P = 0/35$
سن همسر (سال)		۲۴/۱۲ \pm ۳/۰۷	۲۳/۰۳ \pm ۲/۸۸	$P = 0/15$
سن بارداری (هفته)		۱۸/۳۱ \pm ۱/۴۹	۱۸/۶۳ \pm ۱/۵۴	$P = 0/4$
شاخص توده‌ی بدنی (kg/m ²)		۲۰/۱۷ \pm ۳/۲۶	۲۰/۷ \pm ۳/۴۷	$P = 0/53$
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	آزمون Chi-square
سطح تحصیلات مادر	ابتدایی	۲۰ (۶۲/۵)	۱۶ (۵۳/۳)	$X^2 = 0/53$
	دبیرستان	۱۲ (۳۷/۵)	۱۴ (۴۶/۷)	$P = 0/46$
	بی‌سواد-ابتدایی	۱۸ (۵۶/۲)	۱۳ (۴۳/۳)	$X^2 = 1/71$
سطح تحصیلات همسر	دبیرستان و دیپلم	۷ (۲۱/۹)	۱۱ (۳۶/۷)	$P = 0/42$
	دانشگاهی	۷ (۲۱/۹)	۲۰ (۶۴/۳)	
اشتغال مادر	شاغل	۰	۱ (۳/۳)	$*P = 0/48$
	خانه‌دار	۳۲ (۱۰۰)	۲۹ (۹۶/۷)	
	کارمند	۷ (۲۱/۹)	۶ (۲۰)	$X^2 = 0/66$
اشتغال همسر	شغل آزاد	۱۵ (۴۶/۹)	۱۷ (۵۶/۷)	$P = 0/71$
	بیکار	۱۰ (۳۱/۳)	۷ (۲۳/۳)	
	کافی	۷ (۲۱/۹)	۹ (۳۰)	$X^2 = 0/99$
وضعیت درآمد	نسبتاً کافی	۲۰ (۶۲/۵)	۱۵ (۵۰)	$P = 0/6$
	ناکافی	۵ (۱۵/۶)	۶ (۲۰)	

*: Fisher's Exact Test

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی خودکارآمدی زایمان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

نتایج آزمون t-test	تغییرات انحراف معیار ± میانگین	شاهد (N = ۳۰) انحراف معیار ± میانگین	مداخله (N = ۳۲) انحراف معیار ± میانگین	گروه‌ها	زمان
t = -۱/۴۸ df = ۶۰ P = ۰/۱۴	-۶/۹۰۶ ± ۴/۰۷	۹۹/۱ ± ۱۵/۲۴	۹۳/۰۳ ± ۱۶/۷۵		قبل از مداخله
t = ۸/۸۷ df = ۶۰ P < ۰/۰۰۱	۳۱/۱۳ ± ۳/۵	۱۰۰/۴ ± ۱۴/۸۶	۱۳۱/۵۳ ± ۱۲/۷۴		بعد از مداخله
		t = -۱/۲۴ df = ۲۹ P = ۰/۲۲	t = -۱۵/۷۷ df = ۳۱ P < ۰/۰۰۱		آزمون Paired T-test

جدول ۴. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی نگرانی دوران بارداری قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

آزمون Independent Samples T-test	تغییرات انحراف معیار ± میانگین	شاهد (N = ۳۰) انحراف معیار ± میانگین	مداخله (N = ۳۲) انحراف معیار ± میانگین	گروه	زمان
t = -۱/۳ df = ۶۰ P = ۰/۱۹	-۲/۱۴ ± ۱/۶۳	۵۸/۲۶ ± ۴/۹۶	۵۶/۱۲ ± ۷/۵۵		قبل از مداخله
t = -۱۵/۲۹ df = ۶۰ P < ۰/۰۰۱	-۲۲/۲۸ ± ۱/۴۵	۵۹/۶ ± ۴/۳۹	۳۷/۳۱ ± ۶/۷۵		بعد از مداخله
		-۱/۳۳ ± ۲/۸۸	۱۸/۸۱ ± ۶/۰۳		تغییرات انحراف معیار ± میانگین
		t = -۲/۵۳ df = ۲۹ P = ۰/۰۱	t = ۱۷/۶۲ df = ۳۱ P < ۰/۰۰۱		آزمون Paired T-test

Diotaitui و همکاران، مطالعه‌ای در مادران باردار ایتالیایی انجام دادند. مداخله شامل ۸ جلسه کلاس آمادگی زایمان و مداخله‌ی روانشناختی بود و به موضوعاتی مانند سلامت روان مادر، مهارت‌های فرزندپروری و روابط زوجین، تکنیک‌های کاهش اضطراب پرداخته شده است. نتایج نشان داد، آموزش روانشناختی در دوران بارداری برای کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی مادران باردار مؤثر است (۷). سایر مطالعات در زمینه‌ی افزایش خودکارآمدی زنان باردار انجام شده است. برخی مطالعات نتایج مشابه مطالعه‌ی حاضر داشتند: مطالعه‌ی Nooied و همکاران در زنان باردار نوجوان زیر ۲۰ سال تايلند از نوع کارآزمایی بالینی بود که شامل ۲ جلسه آموزش توسط پرستار بود. در این جلسات به آموزش دانش درباره‌ی لیبر و مهارت کنترل درد، استفاده از فیلم‌های مادران نوجوان با تجربه‌ی زایمان موفق

بحث

شرکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر، مادران در سنین ۱۹-۱۴ سال بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد: مشاوره‌ی مادرمحور مبتنی بر نیاز در مادران نوجوان باعث افزایش خودکارآمدی و کاهش نگرانی آنان می‌شود. نتایج مطالعه‌ی Ahmad Shirvani و Tayebi، هم‌راستا با نتایج مطالعه‌ی حاضر بود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر خودکارآمدی و نگرانی در زنان نخست باردار انجام شده بود. نمونه‌ی مطالعه شامل ۲۰۰ مادر باردار از استان مازنداران بود. گروه شاهد، مراقبت‌های روتین بارداری و گروه مداخله ۸ جلسه آموزش آمادگی زایمان را توسط ماما دریافت نمودند. نتایج نشان داد این آموزش‌ها در افزایش خودکارآمدی و کاهش نگرانی زنان باردار شرکت‌کننده مؤثر بوده است (۲۲).

تعلیل نماییم و احتمالاً این دلیل تفاوت نتیجه‌ی حاضر با مطالعه‌ی خداکرمی می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، مشاوره‌ی مبتنی بر نیاز در مادران نوجوان خودکارآمدی مادر را افزایش و نگرانی دوران بارداری را کاهش می‌دهد. خودکارآمدی بر میزان تلاش و عملکرد فرد اثرگذار خواهد بود. بر اساس تئوری خودکارآمدی بندورا، خودکارآمدی بالا اهمیت زیادی دارد زیرا خودکارآمدی مهم‌ترین عاملی است که بر انگیزه، نحوه‌ی عملکردی و برخورد فرد با مسائل تأثیر می‌گذارد. اما لازمه‌ی افزایش آن دانش و آشنایی با عملکرد است (۱۰). خودکارآمدی از چهار منبع ناشی می‌شود: تجربیات گذشته، تجارب جانشین ارائه شده توسط دیگران، اقناع اجتماعی یا متقاعدسازی اجتماعی از طریق تشویق افراد مؤثر مانند دوستان و مشاوران، و پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی (ترس و اضطراب) است (۲۷).

خودکارآمدی ادراک شده‌ی زنان، منجر به سازگاری بهتر با تغییرات فیزیولوژیک بارداری می‌شود و از این طرق می‌تواند اضطراب و نگرانی مادر و ترس از زایمان را کاهش دهد. سطوح بالای اضطراب منجر می‌شود تا زنان به جای عملکرد خود بر ناتوانی‌های خود فکر کنند و این برانگیختگی روانی عاطفی منجر به احساساتی از قبلی ترس و اضطراب بیشتر می‌شود و خود منجر به کاهش خودکارآمدی زنان می‌شود. در نتیجه یک راه برای بهبود خودکارآمدی کاهش اضطراب مادران است. بندورا معتقد است استرس، اضطراب و افسردگی باعث می‌شود در شرایط پر چالش افراد توانایی‌های خود را دست کم بگیرند (۱۳). آگاهی از پروسه و روند زایمان منجر به کاهش ترس مربوط به زایمان و افزایش احساس کنترل بر خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. فقدان آگاهی و آمادگی مادران می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و عوارض بارداری و زایمان و در نتیجه افزایش مداخلات روزافزون پزشکی می‌شود. عدم آگاهی و ناشناخته‌های بارداری باعث ایجاد ترس در مادران می‌شود (۱۴). متأسفانه مادران باردار در معرض هجوم اطلاعات و توصیه‌ها از منابع مختلف اطلاعاتی غیر معتبر مانند اعضای خانواده و سالمندان هستند و اکثر متخصصان با توجه به حجم کاری بیش از حد نمی‌توانند به درستی به مادران آموزش دهند که این مسأله باعث افزایش اضطراب مادران می‌شود. زنان باردار نیازمند دریافت مشاوره و آموزش صحیح هستند (۱۳). شرکت در آموزش‌های دوران بارداری این پتانسیل را دارد که با افزایش دانش زنان در مورد زایمان، اضطراب و ترس زایمان را کاهش دهد. ارتباط و تعاملات بین ماما و زن باردار در زمان آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند یک تعامل اجتماعی قوی ایجاد کند و آگاهی مادر را در خصوص توانمندی‌ها و منابع خود افزایش دهد، همچنین کلاس‌های

و پرسش و پاسخ پرداخته شده بود. نتایج نشان داد، یک برنامه‌ی آموزشی تحت هدایت پرستار می‌تواند در ارتقاء خودکارآمدی نوجوانان و کاهش ترس آنها از زایمان اثربخش باشد (۲۳).

نتایج مطالعه‌ی که به صورت کارآزمایی بالینی با ارائه‌ی ۳ جلسه مشاوره آمادگی زایمان در گروه‌های کوچک در زنان مصر انجام شد نیز نشان داد، استفاده از کلاس‌های آمادگی برای زایمان خودکارآمدی زایمان زنان را افزایش می‌دهد (۱۵).

نتایج مطالعه‌ی Khaikin و همکاران، در تضاد با نتایج مطالعه حاضر بود. این مطالعه شامل دو گروه مداخله و یک گروه شاهد با سن بارداری ۳۷-۳۳ بود. یک گروه مداخله ۵ جلسه کلاس آمادگی زایمان و بازدید از اتاق زایمان را دریافت نموده و یک گروه ۲ جلسه کلاس آمادگی زایمان را بدون بازدید از اتاق زایمان دریافت کرده‌اند. در این مطالعه پس از انجام مداخله‌ی آموزشی میانگین نمره‌ی خودکارآمدی بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوتی نداشت (۲۴).

در مطالعه‌ی Khaikin و همکاران، مداخله در هفته‌ی ۳۷-۳۳ بارداری و در مطالعه‌ی حاضر در هفته‌ی ۲۰-۱۶ بارداری انجام شد که این تناقض می‌تواند به دلیل تفاوت در زمان انجام مداخله باشد.

بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، Chambers در مداخله‌ی خود با محتوای آموزش آرام‌سازی و تصویرسازی زایمان به این نتیجه رسید که این مداخله تأثیر معنی داری بر سلامت روان و اضطراب مادران نداشت. گروه مداخله شامل ۲۶ مادر با سن بارداری ۲۰-۱۴ هفته بود و ۶ جلسه آموزش آرام‌سازی دریافت نمودند و پست تست در هفته‌ی ۳۶-۳۴ انجام شد (۲۵).

در مطالعه‌ی حاضر نیز روش‌های آرام‌سازی استفاده شده است اما محتوای آموزش بسیار جامع بوده و بسیاری از دغدغه‌های مادران باردار را پوشش داده و سعی نمودیم غیر از تکنیک‌های آرام‌سازی، آگاهی و شناخت آنها را افزایش دهیم و احتمالاً همین موضوع منجر به تفاوت نتایج مطالعه‌ی حاضر با پژوهش Chambers بود.

در مطالعه‌ی Khodakarami و همکاران، ۴۰ نفر از مادران باردار همدان، ۸ جلسه مشاوره‌ی گروهی را در گروه‌های ۱۰ نفره دریافت کردند. پست تست در هفته‌ی ۳۶-۳۲ بارداری انجام شد. نتایج نشان داد، میانگین نمره‌ی استرس، اضطراب و افسردگی مادران بعد از مداخله تغییر معنی‌داری نداشت (۲۶). بررسی محتوای آموزشی ارائه شده در مطالعه‌ی Khodakarami و همکاران نشان داد، محتوای آموزشی شامل تکنیک‌های آرام‌سازی و سلامت روان بوده و به سایر مسائل و دغدغه‌های زنان نپرداخته‌اند و تعداد نفرت در هر گروه بیشتر از مطالعه‌ی حاضر بوده و یک برنامه‌ی ثابت برای تمام افراد ارائه شده بود. در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، با پوشش دغدغه‌های مختلف زنان، سعی نمودیم تا مداخله را در هر نمونه مبتنی بر نیاز او

کاهش نگرانی‌های دوران بارداری و افزایش خودکارآمدی مادران بارداری نوجوان موفق بود. متأسفانه در بسیاری در مراکز برنامه‌ی مراقبت‌های زنان باردار همچنان، محاسبه‌ی سن بارداری، سنجش قد و وزن، فشارخون و سمع قلب جنین محدود شده است و آموزش‌ها در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری ناکافی ارائه می‌شود که این خود می‌تواند باعث کاهش احساس خودکارآمدی و اضطراب مادران شده و تمایل به سزارین نیز افزایش یابد. با توجه به این که مادران نوجوان سال‌های باروری طولانی‌تری در پیش دارند و تجربه‌ی زایمان اول بر احساس خودکارآمدی و نگرانی در زایمان بعدی نیز اثرگذار است مادران نوجوان نیاز به حمایت ویژه برای افزایش آگاهی از مراقبت‌های دوران بارداری دارند. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر آموزش مبتنی بر نیاز در این گروه سنی می‌تواند تجربه بهتری برای این مادران فراهم نماید. آموزش‌های دوران بارداری در کوتاه‌مدت منجر به افزایش دانش و اعتماد به نفس مادران در بارداری و در بلندمدت باعث ایفای بهتر نقش مادری، تصمیم‌گیری برای بارداری بعدی و رفتارهای درست در بارداری بعدی می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داده شد در زنان باردار نوجوان بدون دریافت آموزش سطح اضطراب مادر افزایش می‌یابد و این مسأله نیاز به مداخله را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تصویب و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد: ۱۰۹۱۱ به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و پرسنل مراکز جامع سلامت و تمامی مادران نوجوان نخست باردار که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

دوران بارداری اعتماد به نفس را در مادر باردار برای مقابله با چالش‌های زایمان افزایش می‌دهد (۲۸). مشاوره‌ی گروهی یک رویکرد بین‌فردی متمرکز بر افکار و رفتارهای آگاهانه فرد است. و در فرایند آن واقع‌گرایی، اعتماد و احترام و پذیرش و حمایت متقابل رخ می‌دهد. در جلسات گروهی افراد قادر هستند نگرانی‌های خود را دیگران در میان بگذارند، سپس از حمایت دیگران بهره ببرند و همچنین احساس کنند که مشکل تنها برای آنها نیست (۲۹).

نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر عبارتند از: ۱- گروه مطالعه‌ی حاضر، نوجوانان بودند که با وجود اهمیت داشتن مسائلی آنها کمتر در مطالعات به آنها پرداخته شده است. ۲- بکارگیری روش مشاوره با رویکرد مبتنی بر نیاز می‌باشد که با حمایت و آموزش‌های متناسب با سن بارداری در افزایش خودکارآمدی و کاهش نگرانی از بارداری در مادر نوجوان نخست باردار انجام گرفت و تمرکز بر مشکلات خاص هر فرد بود. محدودیت‌هایی نیز در مطالعه وجود داشت: ۱- این مطالعه تنها در زنان نخست باردار انجام شده است و نتایج آن قابل تعمیم به سایر زنان نیست زیرا در سایر زنان، تجربه در ساخت خودکارآمدی نقش دارد در حالی که در زنان نخست باردار به علت نداشتن سابقه‌ی زایمان، تجربه در تقویت خودکارآمدی نقش ندارد (۱۰). ۲- نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر تنها از زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت بود و تعمیم نتایج را به سایر زنان کم‌رنگ می‌کند. با توجه به خودکارآمدی پایین و نگرانی زیاد در بارداری نوجوانان توصیه می‌شود مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود. مطالعات در زنان مولتی‌پار نوجوان و با حجم نمونه بیشتر و در سایر شهرها می‌تواند در ارتقاء مراقبت بارداری مادران نوجوان مفید باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد، مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر نیاز در

References

1. Fathi A, Golakeh Khibari S. The relationship between prenatal concerns, depression, quality of life and general health of pregnant women [in Persian]. *Nursing and Midwifery Journal* 2018; 15(12): 939-49.
2. Scholl CC, Trettim JP, Böhm DM, Molina ML, Soares MC, Dias NDC, et al. Are adolescents more likely to have antenatal anxiety disorders than adult women? A comparison between two samples. *J Affect Disord* 2022; 316(2022): 50-55.
3. Muthelo L, Mbombi MO, Mphokgwana P, Mabila LN, Dhau I, Thlouyamma J, et al. Exploring mental health problems and support needs among pregnant and parenting teenagers in rural areas of Limpopo, South Africa. *BMC Women's Health* 2024; 24(1): 236-41.
4. Navaee M, Khayat S, Abed ZG. Effect of pre-cesarean foot reflexology massage on anxiety of primiparous women. *J Complement Integr Med* 2020; 17(3): 1-7.
5. Hashemzahi M, Khayat S, Khazaeian S. Effect of COVID-19 self-care training via telemedicine on perceived stress and corona disease anxiety in pregnant women: a quasi-experimental study. *Journal of Midwifery & Reproductive Health* 2022; 10(1): 3066-74.
6. Taghadosi M, Fahimifar A, Sadat Z. Pregnancy worries in nulliparous women: A qualitative content analysis study [in Persian]. *Iran J Health Educ Health Promot* 2022; 9(4): 409-22.
7. Diotaiuti P, Valente G, Mancone S, Falese L, Corrado S, Siqueira TC, et al. A psychoeducational intervention in prenatal classes: Positive effects on anxiety, self-efficacy, and temporal focus in birth attendants. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(13): 7904.
8. Atghaei M, Nouhi A. Imagine the pain of labor and

- cesarean and vaginal delivery in pregnant women tends to be referred to clinics in Kerman University of Medical Sciences [in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 14(7): 44-50.
9. Banaei Heravan M, Rashki S. The relationship of depression, anxiety and stress with childbirth self-efficacy in nulliparous pregnant women. *Adv Nurs Midwifery* 2021; 30(2): 1-7.
 10. Nikbakht Moghadam F, Sadeghi Avalshahr H, Amini L, Haghani S. The study of relationship between childbirth self-efficacy and attitude toward normal delivery with pregnancy anxiety in primigravida women referred to selected health care centers of shariar city in 2018 [in Persian]. *Nursing and Midwifery Journal* 2020; 18(3): 210-22.
 11. Léniz-Maturana L, Vilaseca R, Leiva D. Maternal self-efficacy and emotional well-being in Chilean adolescent mothers: the relationship with their children's social-emotional development. *PeerJ* 2022; 10(13162): e13162 .
 12. Khayat S, Palizvan M, Navidian A, Fanaei H, Sheikhi ZP. Comparison of the effect of face-to-face training and telemedicine on self-care in adolescent pregnant women: A quasi-experimental study. *J Educ Health Promot* 2022; 11: 326.
 13. Gandomi N, Sharifzadeh G, Torshizi M, Norozi E. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on pregnancy anxiety and childbirth outcomes among Iranian primiparous women. *J Educ Health Promot* 2022; 11: 34.
 14. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The effect of childbirth preparation training classes on perceived self-efficacy in delivery of pregnant women [in Persian]. *J Adv Med Biomed Res* 2013; 21(86): 105-15.
 15. El-Kurdy R, Hassan SI, Hassan NF, El-Nemer A. Antenatal education on childbirth self-efficacy for Egyptian primiparous women: A randomized control trial. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2017; 6(4): 15-23.
 16. Fallah Khalilabad F, Emadzade A, Tabesh H, Hoseini SM, Bagherian F. The effect of need-based education on women's self-efficacy in prenatal care [in Persian]. *Nursing and Midwifery Journal* 2021; 18(10): 821-31.
 17. Tallebi B, Moudi Z. The effect of a neonatal care educational package on perceived stress in adolescent mothers referring to Zahedan health centers in 2016 [in Persian]. *Journal of Hayat* 2019; 25(1): 1-10.
 18. Akinsulore A, Temidayo AM, Oloniniyi IO, Olalekan BO, Yetunde OB. Pregnancy-related anxiety symptoms and associated factors amongst pregnant women attending a tertiary hospital in south-west Nigeria. *S Afr J Psychiatr* 2021; 27: 1616.
 19. Shoja R, Firoozi M, Shakeri MT, Amiri M. Investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women [in Persian]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2020; 8(3): 13-22.
 20. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafaie ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008; 17(21): 2846-55.
 21. Mortazavi F, Akaberi A. Worries of Pregnant Women: Testing the Farsi Cambridge Worry Scale. *Scientifica (Cairo)* 2016; 2016: 5791560.
 22. Ahmad Shirvani M, Tayebi T. Importance of childbirth preparation classes in improving childbirth self-efficacy and reducing worry in primigravidas. *Perinatology* 2021; 22(1): 8-14.
 23. Nooied B, Chunuan S, Phumdoung S. Effectiveness of a nurse-led program to enhance self-efficacy of pregnant adolescents and reduce their fear of childbirth: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2023; 27(1): 4-18.
 24. Khaikin R, Marcus Y, Kelishek S, Balik C. The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clinical Nursing Studies* 2016; 4(3): 39-46.
 25. Chambers AS. Relaxation during pregnancy to reduce stress and anxiety and their associated complications [Thesis]. Tucson, United States: The Graduate College, The University of Arizona; 2007.
 26. Khodakarami B, Gotalizadeh Bibalan F, Soltani F, Soltanian A, Mohagheghi H. Impact of a Counseling program on depression, anxiety, stress and spiritual intelligence in pregnant women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2017; 5(2): 858-66.
 27. Maleki N, Najar Mohi Abadi M, Seddighi S. The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018 [in Persian]. *J Ilam Univ Med Sci* 2023; 31(5): 14-23.
 28. AlSomali Z, Bajamal E, Esheaba O. The effect of structured antenatal education on childbirth self-efficacy. *Cureus* 2023; 15(5): e39285.
 29. Matin ZS, Khayat S, Navidian A, Fanaei H. Comparing the effect of group training and telemedicine on exercise during pregnancy: An application of the health belief model. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 187.

The Effect of Mother-Centered Counseling on Self-efficacy and Worry During Pregnancy: A Semi-Experimental Study of Need-based Empowerment in Teenage Mothers in Zahedan

Tahereh Boryri^{1,2}, Halimeh Hormozi Aref³, Samira Khayat^{4,5}

Original Article

Abstract

Background: Increased worries and low self-efficacy are associated with increased adverse pregnancy outcomes in adolescents. The present study was conducted to determine the effect of mother-centered counseling on the outcome of childbirth and anxiety during pregnancy in teenage mothers.

Methods: This quasi-experimental study was conducted in 2023 on 70 primigravida pregnant teenagers referred to comprehensive health centers in Zahedan. The intervention consisted of 6 group counseling sessions for 45-60 minutes in the second trimester of pregnancy. The tools for data collection were the Cambridge Worry Scale and Childbirth Self-Efficacy Inventory questionnaires. Analysis was done on the data of 32 people in the intervention group and 30 people in the control group. Independent T-tests and Paired T-tests with a significance level of $P < 0.05$ were used for analysis.

Findings: Before the intervention, the mean score of self-efficacy in the intervention group (93.03 ± 16.75) and control group (99.15 ± 15.24) had no significant difference ($P = 0.14$), but after the intervention, a significant difference was observed between the intervention group (131.53 ± 12.74) and control group (100.4 ± 14.86) ($P < 0.001$). There was no significant difference between the intervention group (81.18 ± 10.9) and the control group (84.5 ± 7.23) in terms of mean worry score before intervention ($P = 0.16$). However, after the intervention, there was a significant difference between the intervention group (54.09 ± 9.86) and the control group (86.3 ± 6.41) ($P < 0.001$).

Conclusion: Mother-centered counseling increases the self-efficacy of childbirth and reduces worries during pregnancy in pregnant teenagers. It is recommended to hold counseling sessions based on mothers' needs in addition to routine care to improve care.

Keywords: Counseling; Self-efficacy Anxiety; Prenatal care; Pregnancy in adolescence

Citation: Boryri T, Hormozi Aref H, Khayat S. **The Effect of Mother-Centered Counseling on Self-Efficacy and Worry During Pregnancy: a Semi-Experimental Study of Need-Based Empowerment in Teenage Mothers in Zahedan.** J Isfahan Med Sch 2024; 42(789): ??.

1- Faculty Member, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2- Faculty Member, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

3- MSc Student, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

4- Assistant Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Corresponding Author: Samira Khayat, Assistant Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran; Email: khayatmsc@yahoo.com