

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر نیاز بر خودکارآمدی زنان در مراقبت‌های دوران بارداری

فاطمه فلاح^۱، علی عمادزاده^{۲*}، حامد تابش^۳، سید مسعود حسینی^۴، فاطمه باقریان^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۹/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بارداری یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی زنان است که منجر به تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی قابل‌ملاحظه‌ای می‌گردد. از این رو توانمندسازی مادران باردار جهت سازگاری با این تغییرات ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نیاز بر خودکارآمدی زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بود. ۱۲۳ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز شهری خدمات جامع سلامت شهرستان کاشمر به صورت تصویب تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله (۶۴ نفر مداخله و ۵۹ نفر کنترل) قرار گرفتند. مداخلات آموزشی بر اساس نتایج حاصل از چک‌لیست نیازسنجی برای گروه مداخله و کلاس‌های رایج آمادگی زایمان (۸) جلسه برای گروه شاهد انجام شد. قبل و بعد از مداخله پرسشنامه‌ها توسط هردو گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید، ابزار گردآوری شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن تأیید شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۶ (در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵) با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون تی مستقل و تی زوجی و آزمون آنالیز کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه از نظر آماری قبل از مداخله، اختلاف معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر نمره خودکارآمدی زنان باردار وجود نداشت ($p > 0/05$). ولی بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر نیازهای آموزشی مادر نسبت به آموزش روتین کلاس‌های آمادگی زایمان موجب افزایش بیشتر نمره خودکارآمدی در مادر می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد از این روش آموزشی در آموزش کلاس‌های آمادگی زایمان استفاده گردد. **واژه‌های کلیدی:** خودکارآمدی، آموزش مبتنی بر نیاز، مراقبت‌های دوران بارداری

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۳۵، دی ۱۳۹۹، ص ۸۳۱-۸۲۱

آدرس مکاتبه: خراسان رضوی، کاشمر، مرکز آموزش بهورزی، تلفن: ۰۵۱-۵۵۲۴۷۹۱۲

Email: fallahfi@mums.ac.ir

مقدمه

آموزش‌های دوران بارداری یک فرایند پویا می‌باشد که باعث افزایش اطلاعات و آگاهی مادر از بارداری، زایمان و نگهداری از کودک، کاهش مصرف دارو در طی لیبر و زایمان، کاهش درد مادر هنگام زایمان، کاهش استرس و افزایش راحتی مادر، کسب مهارت جهت مقابله با دردهای زایمان از طریق آمادگی جسمانی مانند آرام‌سازی و روش‌های تنفسی و نیز کمک به مادر در جهت کسب یک تجربه لذت‌بخش از زایمان می‌شود (۴، ۵). بارداری یکی از

بارداری پدیده‌ای کاملاً طبیعی است و یکی از شیرین‌ترین مراحل زندگی هر زنی، دوران بارداری، زمان انتظار و آماده شدن او برای پذیرش مسئولیت بزرگ مادر شدن است. باوجود این، تغییرات فیزیولوژیکی و روانی دوران بارداری اثر قابل‌توجهی بر فعالیت‌های روزانه زنان باردار دارد (۱-۳).

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌نگر در نظام سلام، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسوول)
^۳ استادیار آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ دکترای پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۵ کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش داخلی جراحی)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مهم‌ترین مراحل زندگی زنان است که منجر به تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی قابل‌ملاحظه‌ای می‌گردد. از این‌رو توانمندسازی مادران باردار جهت سازگاری با این تغییرات ضروری به نظر می‌رسد (۶). توانمندسازی در دوران بارداری به‌عنوان احساس خودکارآمدی و افزایش استقلال، ارتقاء تعامل با دیگران و محیط پیرامون تعیین شده است که منجر به افزایش انرژی روان‌شناختی برای رسیدن به حاملگی و زایمان موفق می‌شود. آموزش در دوران بارداری، زنان را برای تنظیم بهتر مقابله با تغییرات جسمی و عاطفی مرتبط با بارداری و تجربه زایمان رضایت‌بخش، تقویت می‌کند (۷)؛ بنابراین بهبود وضعیت سلامت مادران و توانمندسازی آن‌ها یکی از پیش‌نیازهای توسعه جوامع و از ارکان اساسی مراقبت‌های بهداشتی است (۸).

خودکارآمدی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای تغییر رفتار در مدیریت عادات تغذیه، ترک سیگار و کنترل وزن شناخته شده است و نشان‌دهنده اعتمادبه‌نفس فرد در قادر بودن برای اتخاذ یک رفتار خاص می‌باشد (۹). افراد دارای خودکارآمدی بالا تمایل بیشتری جهت مشارکت در رفتارهای چالش‌برانگیز از خود نشان می‌دهند و تفسیر بهتری از رفتارهای بهداشتی و سلامتی ارائه می‌نمایند و به‌راحتی می‌توانند رفتارهای خود را کنترل کنند، علاوه بر این‌ها عامل خودکارآمدی نقش مهمی در تعدیل رابطه میان دانش و رفتار افراد ایفا می‌کند (۱۰). از این‌رو ساختار خودکارآمدی می‌تواند به‌عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت توسط کارکنان عرصه بهداشتی-درمانی به‌منظور ارتقاء رفتارهای بهداشتی سالم بکار گرفته شود (۱۱). بندورا معتقد است خودکارآمدی به همه جنبه‌های رفتار و فعالیت‌های هیجانی از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری تأثیر می‌گذارد. یکی از موقعیت‌های استرس‌زاه دوران بارداری و زایمان است (۱۲، ۱۳). مطالعات اخیر نشان دادند که خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری با لیبر و زایمان دارد و می‌تواند انگیزه و نگرش زنان باردار برای زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد و در طول مدت زایمان اثر مثبت خواهد داشت (۱۴، ۱۵).

مطالعه قهرمانی و همکاران ۹۶ نشان داد که آموزش مبتنی بر نظریه خودکارآمدی موجب افزایش میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، به‌ویژه فعالیت جسمانی و مهارت‌های انگیزشی می‌شود (۱۶).

فراهم کردن اطلاعات در طی ویزیت‌های پره ناتال درباره فن‌های تسکین‌دهنده درد، موجب کاهش استرس، ترس و ارتقای سطح خودکارآمدی می‌گردد (۱۷). دانش و آگاهی درباره لیبر و

زایمان و استراتژی‌های سازگاری، به‌طور مؤثر باعث بالا بردن اطمینان و اعتمادبه‌نفس زن در طی لیبر و روند زایمان می‌شود (۱۴). از طرف دیگر با توجه به نقش خودکارآمدی به‌عنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و استفاده از روش‌های سازگاری با درد زایمان، می‌توان با آموزش صحیح و ارتقاء سطح آگاهی و اعتمادبه‌نفس مادران، از سزارین غیرضروری و عوارض ناشی از آن کاست (۱۸، ۱۹).

امروزه آموزش به مددجو به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های کلیه کارکنان سیستم بهداشتی درمانی موردپذیرش قرار گرفته است و یکی از نقش‌های مهم ماماها، نقش آموزشی آن‌هاست (۲۰). با اینکه اغلب مطالعات اثرات مفید و مثبت کلاس‌های آمادگی زایمان را نشان می‌دهد اما مقالاتی نیز وجود دارد که بی‌اثر بودن این روش را ثابت می‌کند و بر اساس شواهد موجود، بعضی از کلاس‌های آمادگی زایمان نتوانسته‌اند نیازهای اطلاعاتی زنان باردار را برآورده نمایند (۵، ۲۱). از طرفی مطالعات نشان داد نیاز آموزشی زنان طبقه اجتماعی اقتصادی پایین، در مقایسه با زنان طبقه مرفه از نظر حجم و ماهیت اطلاعات متفاوت است (۲۲). همچنین نیازهای آموزشی هریک از زنان برحسب سن، پیشینه تجربی و انتظارات آن‌ها متفاوت است (۲۳)؛ بنابراین برای آموزش مؤثر بایستی مادر را در تعیین اولویت نیازهای آموزشی مشارکت فعال داد و آنچه را که از نظر او نیاز به آموزش بیشتری دارد مشخص نماید (۲۴).

در آموزش مبتنی بر نیاز، نیازهای مراجعین و اطلاعات موردنیاز آن‌ها قبل از آموزش ارزیابی شده و برنامه آموزشی بر اساس آن تنظیم می‌شود که بیشتر مبتنی بر اصول تصمیم‌گیری اشتراکی است (۲۵). اولین و اساسی‌ترین گام قبل از برنامه‌ریزی برای آموزش مبتنی بر نیاز، شناخت نقاط قوت و ضعف آن مجموعه می‌باشد، شناسایی نیازها مبنایی برای تعیین اهداف و بستر مناسبی برای ساماندهی منابع و امکانات انسانی، مادی و معنوی فراهم می‌سازد (۲۶).

این نوع آموزش هماهنگ با تئوری یادگیری بزرگ‌سالان است که در آن یادگیری باید با زمینه‌های فردی مختلف و نیازهای متفاوت هماهنگ باشد (۲۷). مطالعات نشان داده که با توجه به سطح پایین آگاهی زنان باردار نسبت به روش‌های زایمانی، نیاز به آموزش بیشتری وجود دارد (۲۸، ۲۹). مطالعه ون کیت کاکورن^۱ و همکاران ۲۰۱۸ نشان داد که آموزش مبتنی بر نیاز می‌تواند منجر به کاهش اضطراب قبل از عمل و افزایش رضایتمندی بیماران شود (۳۰). مطالعه اندوسی^۲ و همکاران نشان داد که آموزش مبتنی بر نیاز به خودکارآمدی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید و دیگر

¹ Wongkietkachorn

² Ndosi

جنبه‌های وضعیت سلامتی کمک می‌کند (۳۱). مطالعه ترکاشوند و همکاران (۹۵) نشان داد به‌کارگیری برنامه آموزش بر اساس نیازهای آموزشی بیماران بر دانش و نگرش بیماران نسبت به عوارض شیمی‌درمانی مؤثر می‌باشد (۳۲).

در مطالعات آموزش مبتنی بر نیاز، ماما می‌تواند به‌وسیله آموزش بر اساس اولویت‌های انتخابی مددجویان نقش مهمی در بالا بردن سطح اطلاعات، تصحیح تصورات و باورهای غلط، ایجاد نگرش‌های مطلوب و ارتقاء رفتارهای بهداشتی افراد جامعه داشته باشد (۲۰). اگرچه آموزش در دوران بارداری به‌طور وسیع انجام شده لکن به علت تفاوت در نیازهای یادگیری که در آموزش‌های رایج کلاس‌های آمادگی زایمان مورد توجه قرار نمی‌گیرد و به دلیل اهمیت خودکارآمدی در توانمندسازی مادران باردار و همچنین با توجه به اهمیت و تأثیر در نظر گرفتن نیازهای آموزشی مادران در این مورد، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نیاز بر خودکارآمدی زنان باردار انجام می‌شود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی با دو گروه مداخله و کنترل بود. جمعیت مورد مطالعه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهری شهرستان کاشمر بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل معیارهای ورود به مطالعه شامل، داشتن فرم گواهی پزشکی سلامت مادر، پر کردن رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج این مطالعه شامل ختم بارداری، عدم وجود شرایط جسمی مساعد برای همکاری، بروز هرگونه اشکال یا بیماری خاص و با عوارض بارداری و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم شرکت در حداکثر ۳ جلسه آموزشی بوده است. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس داده‌های شش‌ماهه دوم سال ۹۷ برابر اعلام کلاس‌های آمادگی زایمان ۱۴۰ نفر برآورد شده بود که با توجه به کاهش نرخ باروری از سال ۹۷ (۲/۲۷) به سال ۹۸ (۲/۰۲) و بروز بیماری کووید ۱۹ و محدودیت‌های اعمال‌شده از طرف وزارت بهداشت مبنی بر عدم مراجعه حضوری مادران و عدم امکان برگزاری کلاس‌ها، کل ورودی‌ها به مطالعه ۱۲۳ نفر تقلیل پیدا کردند. نحوه نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود و سپس افراد مورد مطالعه به‌صورت تصادفی ساده بر اساس شماره افراد در لیست معرفی شده از طرف کلاس‌های آمادگی زایمان در دو گروه شاهد (برنامه آموزشی رایج کلاس‌های آمادگی برای زایمان دریافت کردند)؛ و مداخله (دریافت مداخلات آموزشی بر اساس الگوی آموزش مبتنی بر نیاز) تقسیم شدند به این ترتیب که شماره فرد در گروه مداخله و شماره زوج در گروه شاهد قرار داده شد (گروه شاهد

۵۹ نفر و گروه مداخله ۶۴ نفر). تعداد ۲۰ نفر از گروه مداخله و ۱۵ نفر از گروه شاهد، به دلایل ختم بارداری، عدم وجود شرایط جسمی مساعد برای همکاری، بروز عوارض بارداری و غیبت حداکثر ۳ جلسه آموزشی و شیوع بیماری کووید ۱۹ و تعطیلی کلاس‌های آموزشی (دلیل اصلی ریزش نمونه‌ها) از مطالعه حذف شدند که در نهایت حجم نمونه به ۸۸ نفر رسید. سپس نمونه‌ها با دعوت گرد هم آمدند و ضمن آشنایی با افراد و بیان اهداف پژوهش از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت گردید و توضیحات لازم در خصوص طرح پژوهشی داده شد و به آن‌ها این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند. علاقه‌مندان به شرکت در مطالعه، پس از تکمیل رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. قبل از شروع مداخله پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای شامل (سن، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، نوع بارداری) و پرسشنامه خودکارآمدی توسط هردو گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید، برای گروه مداخله علاوه بر پرسشنامه خودکارآمدی چکلیست نیازسنجی نیز تکمیل گردید، به این صورت که در ابتدای کلاس‌های آموزشی برای گروه مداخله، هدف و زمان مداخله و نحوه تکمیل چکلیست نیازسنجی، توضیح داده شد و چکلیست در اختیار مادران قرار گرفت، سپس مداخلات آموزشی بر اساس نتایج حاصل از چکلیست نیازسنجی برای گروه مداخله و کلاس‌های رایج برای گروه شاهد (طی ۸ هفته) برگزار شد. (لازم به ذکر است این چکلیست بر اساس کتابچه آموزش‌های دوران بارداری و آمادگی برای زایمان تنظیم شده و پس از انجام اصلاحات توسط ۱۰ تن از اساتید و کارشناسان مامایی، مورد تأیید قرار گرفته بود). به مادران توضیح داده شد که طبق چکلیست نیازسنجی می‌توانند با مشورت یکدیگر نیازهای آموزشی خود را اولویت‌بندی نموده و اگر علاوه بر مطالب چکلیست نیاز آموزشی دیگری احساس نیاز دارند در ادامه چکلیست اضافه نمایند. سپس طبق چکلیست، نیازهای مورد توافق جمعی اولویت‌بندی شده و زمان آموزش بیشتری به آن‌ها اختصاص داده شد و مواردی که نیاز کم‌تری به آموزش داشتند به‌صورت خلاصه آموزش داده شد، در مواردی که مادران نیاز آموزشی خاصی را به‌طور تک مورد اعلام کرده بودند به‌صورت آموزش چهره به چهره مورد آموزش قرار گرفتند. موارد معدودی از مادران نیز به علت گذراندن کلاس‌های آمادگی زایمان در بارداری‌های قبیل اعلام کردند که نیازی به گذراندن کامل دوره ندارند و فقط ترمیم آموزشی انجام گرفت و سپس کتابچه و سی دی آموزشی در اختیار آن‌ها قرار گرفت و تأکید گردید طبق سی دی فعالیت‌های آموزشی را انجام دهد که نتایج نیازسنجی در جدول زیر آورده شده است. در این مطالعه از

از اساتید دیدگاه خود را به صورت کتبی ارائه نمودند پس از ارزیابی نظرات اساتید و انجام اصلاحات مورد نیاز، پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آن نیز از طریق آزمون مجدد و تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از مادران باردار با سن بارداری بالای ۲۰ هفته مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهری با فاصله زمانی یک ماهه و تعیین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ انجام شده است.

پس از تکمیل پرسشنامه، آزمون‌های آماری مناسب با استفاده از SPSS ورژن ۱۶ در سطح معنی داری کم‌تر از ۰/۰۵ انجام شد. آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای مقایسه میانگین نمرات از آزمون تی مستقل و تی زوجی یا معادل غیر پارامتری آن‌ها استفاده شد. همچنین برای بررسی تأثیر متغیرهای مخدوش کننده از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین سنی مادران باردار در هر دو گروه کنترل و مداخله در بازه سنی ۳۵-۱۸ سال می‌باشد. در گروه مداخله بیشتر افراد (حدود ۴۳ درصد) دارای مدرک دیپلم و در گروه کنترل بیشتر افراد (حدود ۴۷ درصد) دارای مدرک بیشتر از دیپلم می‌باشند و در هر دو گروه کنترل و مداخله بیشتر افراد (حدود ۹۱ درصد) خانه‌دار هستند. نوع بارداری در هر دو گروه مداخله و کنترل از نوع خواسته بوده است.

بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات و سطح تحصیلات همسر و شغل همسر تفاوت معناداری وجود ندارد به ترتیب $(P = ۰/۶۴)$ ، $(P = ۰/۵۳)$ ، $(P = ۰/۵۳)$.

فن نیازسنجی fish bowl استفاده شده است. این فن نیازسنجی در گروه فن‌های توافق محور است و زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تعداد افراد انتخاب شده برای جمع‌آوری اطلاعات نیازسنجی محدود باشند و امکان تجمع آن‌ها در یک کارگاه آموزشی وجود داشته باشد. در این فن افراد به گروه‌های کوچک تقسیم شده و با تبادل نظر فهرستی از نیازهای مورد توافق، مشخص و اولویت بندی می‌شود. در آموزش مبتنی بر نیاز مادران باردار با توجه به تعداد افراد شرکت کننده در نیازسنجی و مبتنی بر تصمیم‌گیری اشتراکی در اولویت بندی نیازهای گروه هدف، از فن فیش بال استفاده می‌شود. (۲۲) پرسشنامه خودکارآمدی محقق ساخته مجدداً در پایان دوره آموزشی برای گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید. پرسشنامه خودکارآمدی شامل ۲۰ سؤال، به صورت مقیاس ۵ قسمتی لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بود که به پاسخ کاملاً موافقم امتیاز ۵ و پاسخ کاملاً مخالفم امتیاز ۱ تعلق گرفت.

این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه یا نیاز آموزشی است و شامل تغییرات دوران بارداری (۲ سؤال)، تغذیه و هرم غذایی (۷ سؤال)، عوامل روانی، ارتباط با جنین، ارتباط با همسر و فرزند قبلی (۴ سؤال) فعالیت فیزیکی، فن‌های تنفسی، فن‌های آرام‌سازی، تمرین‌های کششی، طب فشاری، ماساژ و رایحه‌درمانی و آوا درمانی (۷ سؤال) می‌باشد.

اعتبار علمی این پرسشنامه به روش روایی محتوی تعیین شد، بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ده تن از اساتید دانشگاه و کارشناس در رشته‌های: مامایی (یک نفر کارشناس ارشد مامایی و شش تن از کارشناسان مامایی که مربی کلاس‌های آمادگی زایمان هستند)، آموزش بهداشت (دو نفر کارشناس ارشد آموزش بهداشت) و پرستاری (یک نفر کارشناس ارشد پرستاری) قرار گرفت و هر یک

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران بر اساس مشخصات دموگرافیک

مؤلفه‌ها	متغیرهای جمعیت شناختی	گروه کنترل		گروه مداخله	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	زیر ۱۸ سال	۲	۴/۵	۲	۴/۵
	۱۸ تا ۳۵ سال	۴۰	۹۰/۹	۴۰	۹۰/۹
	بالتر از ۳۵ سال	۲	۴/۵	۲	۴/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۹	۲۰/۵	۸	۱۸/۲
	دیپلم	۱۴	۳۱/۸	۱۹	۴۳/۲
	بالتر از دیپلم	۲۱	۴۷/۷	۱۷	۳۸/۶
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۴	۳۱/۸	۱۳	۲۹/۵
	دیپلم	۲۰	۴۵/۵	۱۷	۳۸/۶
	بالتر از دیپلم	۱۰	۲۲/۷	۱۴	۳۱/۸
شغل	شاغل	۴	۹/۱	۴	۹/۱

خانهدار	۴۰	۹۰/۹	۴۰	۹۰/۹
شغل همسر	کارمند	۹/۱	۴	۱۵/۹
	کارگر	۱۸/۲	۸	۱۳/۶
	آزاد	۷۲/۷	۲۲	۶۸/۲
	بیکار	۰	-	۲/۳
نوع بارداری	خواسته	۹۳/۲	۴۱	۸۴/۱
	ناخواسته	۶/۸	۳	۱۵/۹

همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌گردد، میانگین نمره خودکارآمدی زنان در مراقبت‌های دوران بارداری قبل از مداخله آموزشی در دو گروه کنترل و مداخله کم‌تر از مقدار متوسط (مقدار ۳) است، اما بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره خودکارآمدی در دو گروه کنترل و مداخله ارتقاء یافته و بیشتر از مقدار متوسط (مقدار ۳) است.

همچنین مقدار P-Value قبل از آموزش بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا می‌توان گفت، اختلاف معناداری بین میانگین‌های نمره خودکارآمدی زنان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد اما پس از مداخله آموزشی مقدار P-Value کم‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان گفت، بعد از آموزش اختلاف معناداری بین میانگین‌های نمره خودکارآمدی زنان در دو گروه کنترل و مداخله وجود دارد.

جدول (۲): میانگین نمره خودکارآمدی زنان باردار قبل و بعد از مداخله آموزشی

P-value	آماره t	گروه شاهد		گروه مداخله	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
۰/۷۲	۰/۳۵	۲/۷۶ ± ۰/۶۷	۲/۸۳ ± ۰/۸۸	قبل از آموزش	
۰/۰۰۰۱	۷/۱	۴/۰۷ ± ۰/۵۸	۴/۷۴ ± ۰/۲۲	بعد از آموزش	

بحث و نتیجه‌گیری

قبل مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین‌های نمره خودکارآمدی زنان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد. $P > 0.05$ Value اما بعد از آموزش اختلاف معناداری بین میانگین‌های نمره خودکارآمدی زنان در دو گروه کنترل و مداخله وجود دارد ($p < 0.05$ value).

لذا می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزشی مبتنی بر نیاز بر میزان خودکارآمدی زنان باردار گروه مداخله مؤثر بوده است و توانسته است نمره خودکارآمدی را در این گروه افزایش دهد. گرچه کلاس‌های آمادگی زایمان به صورت رایج در سطح کشور برگزار می‌گردد، لکن در مطالعه اخیر به اهمیت و تأثیر نیازسنجی و دریافت نیازهای آموزشی مادران باردار در جهت تأثیرگذاری بیشتر آموزش پرداخته شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش دوران بارداری می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی زنان در هر دو گروه مداخله و شاهد شود، نتایج اغلب مطالعاتی که در زمینه خودکارآمدی زنان باردار انجام شده از جمله انتخاب نوع زایمان، سازگاری و لیبر، مراقبت‌های دوران نفاس نشان می‌دهد که برنامه آموزشی کلاس‌های آمادگی زایمان می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی زنان باردار شود (۳۳-۳۵).

یکی از اهداف پژوهش، تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نیاز بر میانگین نمره خودکارآمدی زنان در مراقبت‌های دوران بارداری برحسب مشخصات جمعیت شناختی (سن، شغل، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل همسر و نوع بارداری) در دو گروه کنترل و مداخله بود.

نتایج حاصل از آنالیز کوواریانس در تأثیر آموزش مبتنی بر نیاز بر میانگین نمره خودکارآمدی زنان در مراقبت‌های دوران بارداری در دو گروه کنترل و مداخله:

با توجه به محدودیت حجم نمونه، به منظور بررسی تأثیر نمره خودکارآمدی قبل از آموزش، گروه مطالعه (آموزش مبتنی بر نیاز/آموزش رایج)، گروه سنی، شغل، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل همسر و نوع بارداری بر نمره خودکارآمدی بعد از آموزش، تحلیل‌های ANCOVA (آنالیز کوواریانس) به صورت جداگانه به شرح زیر انجام شدند.

همان‌طور که در جداول فوق مشاهده می‌گردد، بین نمرات خودکارآمدی زنان پس از آموزش و سن فرد، شغل فرد، تحصیلات همسر، شغل همسر و نوع بارداری ارتباطی وجود ندارد ($p > 0.05$)؛ اما گروه مطالعه و تحصیلات فرد بر نمره خودکارآمدی پس از آموزش تأثیرگذار است ($p < 0.05$).

تفاوت در محتوای آموزشی و تعداد جلسات آموزشی (۳ جلسه) باشد (۴۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر نیاز بر خودکارآمدی زنان نسبت به مادرانی که در کلاس‌های رایج آمادگی برای زایمان شرکت کرده بودند مؤثرتر بوده است، در مطالعه گلیان و همکاران، آگاهی از مراقبت‌های دوران نفاس مادرانی که آموزش مبتنی بر نیاز را دریافت کرده بودند، نسبت به مادرانی که به‌صورت سنتی و رایج تحت آموزش قرار گرفته بودند در سطح بالاتری قرار داشت که با مطالعه اخیر هم‌خوانی دارد (۳۵). مطالعه گلی روشن نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر نیازهای آموزشی بر یادگیری بالینی دانشجویان مؤثر بوده و موجب کسب یادگیری بهتر و پایدارتر می‌گردد (۴۵). همچنین در مطالعه کشاورز و همکاران نیز مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده باعث افزایش انگیزش و قدرت تصمیم‌گیری و مهارت زنان باردار در انتخاب نوع زایمان شده بود (۳۳). در مطالعه کوچکزایی و همکاران نمره خودکارآمدی درک شده زنان پس از سه جلسه آموزش در منزل در زمینه مراقبت از نوزاد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌صورت معنی‌داری افزایش یافته بود (۴۶). نتایج مطالعه قاسمی نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر نیاز در پیشگیری از سقوط سالمندان مؤثر است که همسو با نتایج این مطالعه می‌باشد (۴۷).

در نتایج مربوط به رابطه خودکارآمدی و مشخصات دموگرافیک در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین نمرات خودکارآمدی زنان برحسب سن، تحصیلات همسر، شغل همسر و نوع بارداری در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ($p > 0.05$)؛ اما بین تحصیلات فرد و نمره خودکارآمدی در دو گروه کنترل و مداخله ارتباط معناداری دیده شد ($p < 0.05$).

این یافته‌ها نشان داد که مادرانی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند از توانمندی بیشتری برخوردار بودند این نتایج با مطالعه باخته و حاجی پور همسو می‌باشد (۷، ۴۸).

میانگین نمره خودکارآمدی زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار بود ولی ارتباط معنی‌داری نداشت؛ که به دلیل محدود بودن تعداد مادران شاغل می‌باشد که با نتایج مطالعه حاجی پور هم‌خوانی دارد. در مطالعه شیمدا^۳ و کامدا^۴ افرادی که حاملگی ناخواسته داشتند نسبت به کسانی که حاملگی خواسته بود، به‌طور معنی‌داری توانمندی کم‌تری داشتند، ولی در مطالعه حاجی پور ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد که همسو با مطالعه اخیر می‌باشد (۴۹).

نتایج مطالعه حاجی پور و جهدی و اکبرزاده و نیلسون نیز تأیید کرد که آموزش و افزایش آگاهی مادران باردار می‌تواند منجر به توانمندی آنان شود (۳۶-۳۸).

مداخله آموزشی در زمینه خودکارآمدی مادران باردار می‌تواند منجر به کاهش ترس از زایمان به‌ویژه در مادران باردار شکم اول شود. در مطالعه ژینیان استفاده از مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری خودکارآمدی تأثیرات مثبتی بر آگاهی از مراقبت از خود بر رفتارهای شرکت‌کنندگان داشته است. در مطالعه قهرمانی آموزش مبتنی بر خودکارآمدی منجر به افزایش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به‌ویژه فعالیت بدنی و مهارت‌های انگیزشی (خودکنترلی و احساس خودکارآمدی) شده است که نتایج همه این مطالعات با مطالعه اخیر همسو می‌باشد (۳۹، ۴۰).

نتایج حاصل از مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که انجام یک مداخله آگاهی‌بخش می‌تواند برای بهبود آگاهی زنان باردار از منافع و نکات ایمنی فعالیت بدنی در دوران بارداری و همچنین بهبود خودکارآمدی آنان برای انجام فعالیت بدنی در دوران بارداری مؤثر باشد (۴۱).

مطالعه نظامیان و همکاران (۱۳۹۶) باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان باردار نشان داد که مشاوره مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با مراقبت‌های معمول دوران بارداری، عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان باردار را بهبود می‌بخشد و گروه مطالعه که هشت هفته متوالی مشاوره گرفتند نسبت به گروه کنترل که مراقبت‌های روتین بارداری را دریافت کردند نمره عملکرد جنسی و خودکارآمدی بالاتری داشتند (۴۲).

مطالعه خرازی و همکاران (۱۳۹۵) باهدف تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی و سواد سلامت بر نتایج بارداری نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بر ارتقاء سطح سواد سلامت مادران و خودکارآمدی مؤثر بوده است و باعث نتیجه مطلوب بارداری و به دنیا آمدن نوزاد با وزن طبیعی شده است (۴۳). هاهورن^۲ گزارش کرد کلاس‌های آمادگی زایمان توانایی مادران برای سازگاری با لیبر و زایمان افزایش می‌دهد و افرادی که در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت کرده بودند خودکارآمدی بالاتری نسبت به قبل کلاس‌ها داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد ولی بین خودکارآمدی زایمان در دو گروه شاهد و مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که این تفاوت می‌تواند به دلیل

³ shimada

⁴ kameda

¹ nilsson

² Howham.

روستایی انجام و یا دو جمعیت در زمینه خودکارآمدی مقایسه گردد. جهت بررسی تأثیر نتایج مثبت مداخله آموزشی مبتنی بر نیاز در درازمدت، در مطالعات بعدی مرحله پیگیری بعد یک ماه و سه ماه توصیه می‌گردد. همچنین انجام مطالعات مداخله‌ای باهدف مقایسه این روش آموزشی با سایر روش‌ها و مدل‌های آموزشی نیز می‌تواند یافته‌های جدید و مفیدی را ارائه دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر در زمینه تأثیر مداخله آموزش مبتنی بر نیاز در ابعاد مختلف خودکارآمدی بارداری شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، انتخاب زایمان طبیعی و... به صورت جداگانه و جزئی انجام شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر نیازهای آموزشی مادران نسبت به آموزش روتین کلاس‌های آمادگی زایمان موجب افزایش بیشتر نمره خودکارآمدی در مادران می‌شود. به نظر می‌رسد افزایش خودکارآمدی مادران باردار در زمینه علائم هشدار دوران بارداری و یادگیری روش‌های تن آرامی، فن‌های تنفسی و... موجب کاهش مشکلات دوران بارداری می‌شود. همچنین این آموزش‌ها (مبتنی بر نیاز) را می‌توان در جهت افزایش اثربخشی آموزش‌های ارائه‌شده بر تمایلات مددجویان با در نظر گرفتن اولویت‌های مدنظر زنان، باردار طراحی و اجرا نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد از این روش آموزشی در کلاس‌های آمادگی زایمان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش جامعه نگر در نظام سلامت و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. کد تصویب طرح: (۹۷۱۶۳۳) که بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مادی و معنوی، مسئولان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان کاشمر و زنان باردار عزیز که در این پژوهش نهایت همکاری را داشتند قدردانی می‌نمایند.

از طرفی مطالعه مکوندی و عباس زاده و حاتمی نشان داد که بارداری ناخواسته تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در تضاد با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد که این تناقض احتمالاً مربوط به تعداد کم مادران با حاملگی ناخواسته در مطالعه اخیر بوده است (۵۰-۵۲).

برای آموزش مؤثر بایستی مادر را در اولویت نیازهای آموزشی مشارکت فعال داد و آنچه را که از نظر او نیاز به آموزش بیشتر دارد مشخص نمود (۲۴).

بر اساس نتایج نیازسنجی اخیر مهم‌ترین نیازهای آموزشی از نظر مادران (محاسبه نمایه توده بدنی، تمرین‌های کششی در بارداری، راهکارهای کاهش نگرانی‌ها و افسردگی، روش‌های ارتباط با جنین، نحوه ارتباط با همسر و فرزند و انجام اقدامات لازم جهت کاهش درد زایمان، انجام فن‌های تنفسی، تجسم خلاق، تغییر وضعیت، ماساژ، نقاط طب فشاری، آوا درمانی، رایحه‌درمانی و کمپرس سرد و گرم، انجام اقدامات لازم جهت پیشرفت زایمان و افزایش ابعاد لگن) بوده است.

از محدودیت‌های این پژوهش اطلاعات ضعیف مادران باردار در زمینه حیطه‌های نیازسنجی منجر به صرف زمان طولانی و در برخی موارد خستگی مادران باردار می‌شد. همچنین جمعیت موردپژوهش فقط مادران منطقه شهری بودند و ممکن است جهت تعمیم به کل مادران (مناطق روستایی) نیاز به مطالعات وسیع‌تری می‌باشد. در این مطالعه خودکارآمدی مبتنی بر نیازسنجی، در دوران بارداری مادران موردبررسی قرار گرفت و در زمینه خودکارآمدی پس از زایمان نیاز به مطالعات دیگری می‌باشد. به علت هم‌زمان شدن مطالعه با بروز بیماری نوپدید کووید ۱۹ و اجرای پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی تعدادی از نمونه‌ها از مطالعه خارج شدند.

با توجه به اینکه جمعیت مورد مطالعه حاضر مادران مناطق شهری بوده‌اند نیاز است مطالعات آتی در جمعیت مادران مناطق

classes on their attitude toward mode of delivery.

Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2016;5(3): 44-52.

5. Gahremani J, Valizadehberoz M. Evaluating the role of pregnant women participation in prenatal education classes in choosing the type of delivery in Zanjan hospitals. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016;14(7):658-66.

6. Rajabi Naeeni M, Simbar M. Effect of child birth preparation classes on empowering Iranian

References:

- Mullany BC, Hindin MJ, Becker S. can women's autonomy impedemale involvement in pregnancy, Health in katamando, Nepal? Soc Sci Med 2005;61(9):1993-2006.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Willimas obstetrics. 23rd Ed. UK: MC GrawHill; 2010.
- Asefi F DA, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in childbirth preparation

- pregnant women: a systematic review. *J Educ Community Health* 2018;5(1):61-71.
7. HajiPour L, Hosseini TM, Taghi ZZ, Behzadi Z. Empowerment of pregnant women. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2016;26(3):16-24.
8. Emami Oreh F, Mosallae M, Rajabi Naeeni M. *Training for safe motherhood*. Karaj: Meraj Publication; 2011.
9. Khosravi A, Ahmadzadeh KH, Arastoopoor SH, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors. *Health Inf Manage* 2015;12(2):205.
10. Marsh HW, Dowson M, Pietsch J, Walker R. Why multicollinearity matters: a reexamination of relations between self-efficacy, self-concept, and achievement. *Journal of Educational Psychology* 2004;96(3):518.
11. Sol BG, van der Graaf Y, van der Bijl JJ, Goessens BM, Visseren FL. The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2008;71(2):191-7.
12. 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.
13. Khorsandi M GF, Hiadarnia A, Fghihzadeh S. Effects of childbirth education classes on self-efficacy of nulliparous women in coping with labour pain. *Bio Info Bank Library* 2008;5(4):56-65.
14. Ip WY, Chan D, Chien WT. Chinese version of the Childbirth Self - efficacy Inventory. *J Adv Nurs* 2005;51(6):625-33.
15. Ip WY TC, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009;18(15):2125-35.
16. Ghahremani L, Alipoor M, Amoe S, Keshavarzi S. Health Promoting Behaviors and Self-efficacy of Physical Activity During Pregnancy: An Interventional Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2017;5(3):181-6.
17. Drummond J RD. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *J Adv Nurs* 1997;26(3):613-22.
18. Hamzekhani M HA, Vasegh Rahimpour SF, Montazeri AS. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with childbirth. *Journal of Knowledge & Health* 2014;9(1):13-20.
19. 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 J Nurs Health Sci* 2017;15-2.
20. Ziaghm S, Bakhshandeh Bavarsad M, Haghghi S, Sayhi M, Zargar-Natage M, Abadian S. Assessment of educational needs in pregnancy to choose the mode of delivery for nulliparous women. *Nurs Dev Health Aligoodarz Nurs Faculty Analytic Res J* 2014;4(6,7):31-40.
21. Lee LY HE. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixedmethod study. *Int Nurs Rev* 2009;56(3):361-8.
22. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth* 2005;32(2):86-92.
23. Mohseni M, Loripoor M, Nekuei N. Educational needs of postpartum period in women referring to health care centers of Rafsanjan In 2008. *Community Health Journal* 2017;7(1):18-27.
24. Sanagou A, Juybari L, Shahini Z. Comparison of mothers and stuffs' Views from importance of postpartum care activities. *J Gorgan Bouyeh Nurs Midwifery* 2009;6(15):22-30.
25. Barry MJ E-LS. Shared decision making pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366(9):780-1.

26. Zareiyani Jahromi A AF. Learning Needs Assessment in Bachelor of Nursing: a Qualitative Research. *Iran J Med Educ* 2005;5(2):86-98.
27. Bryan RL KM, Brownson RC. Integrating adult learning principles into training for public health practice. *Health Promot Pract* 2009;10(4):557-63.
28. Faraji DR, Zahiri SZ, Farjad BF. A survey of knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods. *J Guilan Univ Med Sci* 2003;12(46):69-74.
29. Yarandi F RZ, Eftekhar Z, Saadat H, Ansari Jafari M. The knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods in health centers in Tehran. *J J Guilan Univ Med Sci* 2002;42(11):15-20.
30. Wongkietkachorn A WN, Rhunsiri P. Preoperative Needs-Based Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery: A Randomized Controlled Trial. *World J Surg* 2018;42(3):666-74.
31. Ndosi M, Johnson D, Young T, Hardware B, Hill J, Hale C, et al. Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):1126-32.
32. Torkashvand J D, Zareian A. The effect of need-based education on the awareness and attitudes of patients undergoing chemotherapy In selected hospitals of AJA. *Journal of Military Care Sciences* 2017;4(2): 138-46.
33. Keshavarz Z, Ghazanfarian A S, Shakeri N. The effect of educational intervention based on planning behavior model Born on the choice of delivery method. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;16(27):1-7.
34. Alipour P AS, Moghaddam Tabrizi F, Sayadi H. The effect of antenatal preparation classes on self-efficacy coping with childbirth in pregnant women referring to fatemeh polyclinic, and other health care centers in urmia in 2015. *Nurs Midwifery J* 2017;14(10):859-66.
35. Golyan Tehrani S, Neisani Samani L, Rahimi Foroushani A, Ebrahimi M, karimi N. Evaluation of effect of postpartum care education based on maternal educational needs on knowledge of postpartum care. *Nurs Midwifery J* 2017;15(2):76-85.
36. Jahdi F, Montazeri A, Moghadam ZB. The impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. *Payesh (Health Monitor)* 2014;13(2):229-34.
37. Akbarzadeh M, Tusi M, Sharif F, Zare N. The effect of relaxation education on Mother, s quality of life and intensity of worry after delivery. *Knowledge Health* 2012;7(2):83-8.
38. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract* 2013;2013:349124.
39. Zhianian A, Zareban I, Ansari-Moghaddam A, Rahimi SF. Improving self-care behaviours in pregnant women in Zahedan: Applying self-efficacy theory. *Caspian Journal of Health Research* 2015;1(1):18-26.
40. Kanani S AH. Self-Efficacy of Choosing Delivery Method and Labor Among Pregnant Women in Pars-Abad City. *J Educ Community Health* 2014;1(2):39-47.
41. Mousavi A SE, Sadeghi R, Tol A, Rahimi Foroushani A, Mohebbi B. The effect of educational intervention on self-efficacy, knowledge of benefits and safety tips of physical activity among pregnant women. *Razi J Med Sci* 2020;26(11):98-111.
42. Nezamnia M, Irvani M, Bargard MS, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine* 2020;18(8):625.

43. Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory and health literacy on pregnancy outcomes. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018;21(5):33-46.
44. Howarn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas 2008. (Dissertation). School of nursing, The university of Texas at Austin; 2008
45. Goli-Roshan S, Aziznejad-Roshan P, Gholizadah-Gardrobary M. The effect of training based on educational needs on clinical learning of undergraduate nursing students. *Research in Medical Education* 2017;9(2):12-3.
46. Koochakzai M, Mansouri A, Safarzadeh A, Navidian A. Effects of Postnatal Home-Based Education on Primiparous Women's Perceived Self-Efficacy in Neonatal Care. *J Clin Diagn Res* 2018;12(7):QC01-QC4.
47. Ghasemi M, Rezaei A. Investigation the effect of education based on need prevention of fall on instrumental activity of daily living in elderly. *Journal of Geriatric Nursing* 2017;4(1):59-70.
48. BakhtehA KA, Rezaei M, Jaberghaderi N. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Self-efficacy in Women with Gestational Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018;28(165):78-86.
49. Kameda Y, Shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University* 2008;32(1):39-48.
50. Makvandi S EkA. quality of life in pregnant women referring to eyzeh health centers. *J of Kermanshah University of Medical science* 2012;16(1):37-41.
51. Abbas Zadh F BA, Mehran N. Dimension of quality of life in pregnant women. *Payesh (Health Monitor)* 2009;9(1):69-75.
52. H. H. Text book of public Health 3ed. Tehran: Arjmand; 2013.

THE EFFECT OF NEED-BASED EDUCATION ON WOMEN'S SELF-EFFICACY IN PRENATAL CARE

Fatemeh Fallah Khalilabad¹, Ali Emadzadeh^{*2}, Hamed Tabesh³,
Seyyed Masoud Hosseini⁴, Fatemeh Bagherian⁵

Received: 25 August, 2020; Accepted: 23 November, 2020

Abstract

Background & Aims: Pregnancy is an important stage in a woman's life that leads to significant physical, psychological, and social changes. Hence, strengthening pregnant mothers seems vital to cope with these changes. The present study is carried out to determine the effect of training on pregnant woman's self - efficacy.

Materials & Methods: This study is semi-experimental with the control group. 123 pregnant women referring to the urban centers of comprehensive health services in Kashmar city were randomly assigned into two groups of control and intervention (64 intervention and 59 control). Intervention trainings were held in 8 sessions based on the results of the needs assessment checklist for the intervention group and common delivery preparation classes were held for the control group. Questionnaires were completed before and after the intervention by both intervention and control groups. The data collection tools consisted of the form of demographic characteristics and a researcher-made self-efficacy questionnaire. The validity and reliability of the tools were confirmed. The data analysis was conducted using SPSS version 16 using the Kolmogorov - Smirnov test, an independent t – test, and the covariance analysis test. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: In this study, there was no statistically significant difference between the intervention and control groups in terms of self-efficacy score of pregnant women before the intervention (p-value >0.05). But after the intervention, a statistically significant difference was observed in the mean score of self-efficacy in the intervention group (p-value <0.05)

Conclusion: The study revealed that training based on mother's needs can increase the score of self - efficacy in comparison to the routine training classes. Therefore, it is suggested to use this training approach in pregnancy preparation classes.

Keywords: Self-efficacy, need-based education, prenatal care

Address: Welfare Training Center, Kashmar, Khorasan Razavi, Iran.

Tel: +98051 -55247912

Email: fallahf1@mums.ac.ir

¹ Master Student of Community Education in the Health System, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Departments of Medical Education, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

³ Department of Medical Informatics, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Master of Nursing Education (Internal Surgery major), Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran