

## توانمندی در زنان باردار

پژوهشگران: لیلا حاجی پور<sup>۱\*</sup>، منیرالسادات حسینی طبقدهی<sup>۱</sup>، زهرا تقی ذوقی<sup>۱</sup>، زهره بهزادی<sup>۱</sup>

(۱) گروه مامایی، مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۷

### چکیده

مقدمه: توانمندی دوران بارداری به عنوان احساس رضایت، افزایش استقلال، بهبود تعامل بین دیگران و محیط و افزایش خودبخودی انرژی روانی برای دستیابی به بارداری و زایمانی موفق تعریف می‌شود. آموزش‌های دوران بارداری زنان را برای تطابق بهتر در مقابل تغییرات فیزیکی و روانی بدن بارداری و کسب تجربه یک زایمان رضایت بخش توانمند می‌کند.

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین توانمندی زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های دوران بارداری در شهر تنکابن صورت گرفت. روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۲۰۰ زن باردار که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر تنکابن در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند، انجام گرفته است. مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشتند و هیچ مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه که بارداری آنان را تحت عنوان حاملگی پرخطر معرفی کند، نداشتند. افراد سابقه سزارین قبلی نداشته و تمایل خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد، سپس به طور تصادفی ۲ مرکز از خوشه‌ها انتخاب شد و در این دو مرکز کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده جهت انجام مراقبت‌های بارداری که دارای مشخصات یاد شده بودند، پس از کسب رضایت کتبی مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که در دو قسمت تدوین گردید. قسمت اول مشخصات فردی و مامایی و قسمت دوم پرسشنامه توانمندی زنان باردار Kameda بود. پرسشنامه توانمندی زنان باردار دارای ۲۷ سؤال در ۵ بُعد می‌باشد که شامل ابعاد خودکارآمدی با ۶ سؤال، تصویر از آینده ۶ سؤال، عزت نفس ۷ سؤال، حمایت و تأیید از طرف دیگران ۴ سؤال و لذت اضافه‌شدن یک نفر به خانواده با ۴ سؤال می‌باشد و براساس معیار درجه‌بندی لایکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق با نمره‌ای از ۱ تا ۴ پاسخ داده شده و حداقل نمره ۲۷ و حداکثر نمره ۱۰۸ به آن تعلق می‌گیرد. از میانگین نمره به منظور قضاوت استفاده می‌شود.

اطلاعات آماری با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس (با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها) و در سطح معنادار آماري ۹۵ درصد و مقدار خطای ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها پس از تأیید طرح در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد تنکابن انجام گرفت. نتایج: براساس یافته‌های این تحقیق میانگین سن واحدهای مورد پژوهش  $26/38 \pm 3/76$  سال بود. ۳۶ درصد زنان در سه ماهه اول بارداری بودند. اکثریت زنان باردار (۵۵/۵۵٪) بارداری نخست خود را تجربه می‌نمودند و دارای تحصیلات دبیرستانی (۴۰٪)، خانه دار (۹۰/۵٪) و حاملگی خواسته (۷۹/۵٪) بودند. یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره توانمندی  $78/74 \pm 6/71$  (حداقل نمره برای کل مقیاس ۲۷ و حداکثر ۱۰۸) می‌باشد و در میان ابعاد توانمندی بیشترین میانگین امتیاز مربوط به بعد عزت نفس ( $19/19 \pm 1/82$ ) و کمترین امتیاز مربوط به بعد حمایت و تأیید از طرف دیگران ( $12/70 \pm 1/59$ ) و لذت اضافه‌شدن یک نفر به خانواده ( $13/66 \pm 1/79$ ) بود. همچنین یافته‌ها نشان داد بین تحصیلات مادر و نمره توانمندی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ( $p=0/03$ ) از طرفی بین علاقه به ادامه بارداری و توانمندی ارتباط معنادار آماری دیده شد ( $P=0/005$ ). بین سایر متغیرها مانند سن بارداری، سن مادر، تعداد بارداری، شغل مادر، حمایت‌های همسر، سطح درآمد و خواسته بودن حاملگی با امتیاز کل توانمندی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند در ارزیابی مراقبت‌های دوران بارداری، برنامه‌ریزی و برگزاری کلاسهای آموزش آمادگی زایمان و افزایش سطح توانمندی زنان باردار مؤثر باشد. با توجه به نقش آموزش در ارتقای توانمندی زنان پیشنهاد می‌شود تأثیر کلاس‌های ترویج زایمان طبیعی در توانمندی زنان باردار در مطالعات بعدی مد نظر قرار گیرد. آموزش دوران بارداری احساس شادی، خوشحالی در خانواده، توانایی رویارویی با شرایط جدید، سلامت مادر و نوزاد، افزایش اعتماد بنفس، رضایت از بچه دار شدن، مشارکت فعال اعضاء خانواده در حفظ سلامت و بهبودی خانواده و توانایی سازگاری و رویارویی با مشکلات و پذیرش مسئولیت‌های زندگی را به همراه دارد.

کلیدواژه: زنان باردار، مراقبت پیش از تولد، آبستنی

## مقدمه

توانمندی دوران بارداری احساس رضایت، خرسندی، استقلال، بهبود تعامل با دیگران و محیط، افزایش انرژی درونی برای بارداری و همچنین زایمان موفق و تطابق بهتر در مقابل تغییرات فیزیکی و روانی، در بارداری و زایمان تعریف می‌شود (۱،۲). ارتقای سلامت در حقیقت توانمندسازی افراد به گونه‌ای است که بر عوامل مؤثر بر سلامت خود کنترل داشته باشند (۳). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها، شیوه زندگی و فعالیت‌هایی خواهند داشت که بر سلامتی آنها مؤثر است (۳). بهبود کیفیت زندگی، برخورداری از زندگی سالم و افزایش درآمد از شاخص‌های توانمندی است. جوامعی که بر توانمندی زنان تأکید دارند از نظر رشد اقتصادی، اشتغال، کاهش فقر و توزیع درآمد عملکرد بهتری دارند. توانمندسازی آموزش نکاتی به دیگران است تا بتوانند با کاهش اتکاء به دیگران آنچه را می‌خواهند، انجام دهند (۴،۵). به عبارتی توانمندی زنان فرآیندی است که طی آن نیروی نامساوی بین زنان و مردان در زنان ایده‌آل و توانمند تغییر می‌یابد (۶). کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه به طور خاص توانمندسازی زنان را به عنوان جزئی ضروری برای رسیدن مطلوب به بهداشت باروری معرفی کرده است (۳،۷).

اگر زنان آموزش ببینند، نیروی درونی خود را توسعه دهند و استقلال و توانمندی خود را ارتقاء بخشند بر ناملایمات و تغییرات بارداری فایده‌آمده و با بهبود توانمندی، عملکرد فیزیکی و روانی بهتری را تجربه کرده، بارداری و زایمان موفق‌تری که آرزوی هر مادری است را در پیش خواهند داشت. وقتی که مادر باردار توانمند باشد پذیرش و رضایت از بارداری، هدف و علاقه نسبت به بارداری، و درک وی از بارداری توسعه یافته و ادامه بارداری مسرت بخش خواهد بود (۸، ۹، ۴).

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. با وجود این، تغییرات فیزیولوژیکی و روانی دوران بارداری اثر قابل توجهی بر فعالیت‌های روزانه زنان باردار دارد (۱۰، ۹).

آموزش و فراهم ساختن مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن و مراقبت‌های بعد از زایمان از اجزاء مهم بهداشت باروری می‌باشند و نقش مهمی در سلامت مادران باردار دارد (۱۱، ۱۲).

با توجه به اهمیت توانمندی زنان باردار در استقلال و تصمیم‌گیری آنان در انتخاب روش زایمان طبیعی، مقابله با درد زایمان و کنترل لیبر تعیین این توانمندی ضروری می‌باشد تا بتوانیم با آموزش و کسب مهارت در طی مراقبت‌های دوران بارداری به این مهم دست یابیم (۱۳، ۱۲). در این راستا مطالعه حاضر با هدف تعیین توانمندی زنان باردار انجام شده است، تا بتوان همگام با تلاش‌های جهانی در راستای ارتقای سلامت جامعه، سلامت مادران را از طریق مهیاسازی برنامه‌های توانمندسازی و ارتقای توانمندی بهبود بخشید.

## روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۲۰۰ زن باردار که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر تنکابن در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند، انجام گرفته است. مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشتند و هیچ مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه نداشتند که بارداری آنان را تحت عنوان حاملگی پرخطر معرفی کند، نداشتند. افراد سابقه سزارین قبلی نداشته و تمایل خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد، سپس به طور تصادفی ۲ مرکز از خوشه‌ها انتخاب شد و در این دو مرکز کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده جهت انجام مراقبت‌های بارداری که دارای مشخصات یاد شده بودند، پس از کسب رضایت کتبی مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که در دو قسمت تدوین گردید. قسمت اول مشخصات فردی و

باردار (۵۵/۵۵٪) بارداری نخست خود را تجربه می نمودند و دارای تحصیلات دبیرستانی (۴۰٪)، خانه دار (۹۰/۵٪) و حاملگی خواسته (۷۹/۵٪) بودند (جدول شماره ۱).

میانگین امتیاز کسب شده توانمندی زنان باردار  $6/71 \pm 78/74$  بود. (از حداقل ۲۷ تا حداکثر ۱۰۸ امتیاز) در میان ابعاد توانمندی بیشترین میانگین امتیاز مربوط به بعد عزت نفس  $1/82 \pm 19/19$  و کمترین امتیازها مربوط به ابعاد لذت اضافه شدن یک فرد به خانواده  $1/79 \pm 13/66$  حمایت و تأیید از سوی دیگران  $1/59 \pm 12/7$  بود (جدول شماره ۲).

در این مطالعه بین تحصیلات مادر و نمره توانمندی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ( $p = 0/03$ ) و همچنین یافته‌ها نشان داد که ارتباط معنادار آماری بین علاقه به ادامه بارداری و توانمندی وجود دارد ( $P=0/05$ ). در ارتباط با سایر متغیرها مانند سن بارداری، سن مادر، تعداد بارداری، شغل مادر، حمایت‌های همسر، سطح درآمد و خواسته بودن حاملگی با امتیاز کل توانمندی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

### بحث و نتیجه گیری

تمرکز مطالعه حاضر بر تعیین توانمندی زنان باردار بود. نتایج نمره توانمندی زنان باردار در پژوهش حاضر با مطالعه جهدی و همکاران همخوانی داشت، مطالعه آنان نشان داد که آموزش و افزایش آگاهی زنان باردار و فراهم سازی حمایت از طرف دیگران منجر به افزایش توانمندی آنان می گردد (۲). در میان ابعاد توانمندی بیشترین امتیاز مربوط به بعد عزت نفس و کمترین امتیازها مربوط به ابعاد لذت اضافه شدن یک فرد به خانواده و حمایت و تأیید از سوی دیگران بود. امتیاز پایین حمایت از سوی دیگران در یافته‌های ما شاید نشان دهنده ارتباط و حمایت ناکافی اطرافیان مادر باردار و حتی فرد مراقبت کننده باشد. امتیاز پایین مربوط به لذت اضافه شدن یک فرد به خانواده می تواند نشان دهنده کاهش تمایل مادر به فرزندآوری به دلایل تجربه منفی از بارداری و حتی زایمان قبلی، مشکلات اقتصادی و حتی بالا بودن سطح تحصیلات در مادران باشد. مطالعه Nilsson و همکاران نشان داد که

مامایی و قسمت دوم پرسشنامه توانمندی زنان باردار Kameda بود. پرسشنامه توانمندی زنان باردار دارای ۲۷ سؤال در ۵ بعد می باشد که شامل ابعاد خودکارآمدی با ۶ سؤال، تصویر از آینده ۶ سؤال، عزت نفس ۷ سؤال، حمایت و تأیید از طرف دیگران ۴ سؤال و لذت اضافه شدن یک نفر به خانواده با ۴ سؤال می باشد و براساس معیار درجه بندی لایکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق با نمره‌ای از ۱ تا ۴ پاسخ داده شده و حداقل نمره ۲۷ و حداکثر نمره ۱۰۸ به آن تعلق می گیرد. از میانگین نمره به منظور قضاوت استفاده می شود.

به منظور بدست آوردن پرسشنامه‌ای معادل با زبان اصلی پس از کسب اجازه از Kameda طراح اول ابزار، ابتدا پرسشنامه دو بار ترجمه و باز ترجمه گردید. سپس نسخه نهایی جهت تعیین روایی محتوایی توسط گروه متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات بسیار جزئی اعمال شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت بررسی قابلیت خواندن و فهم بین ۱۵ زن باردار توزیع و تغییرات جزئی اعمال گردید. بدین ترتیب روایی ابزار با روش اعتبار محتوا و پایایی آن به وسیله تعیین ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت.

ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات در این پژوهش ۰/۸۹ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد خودکارآمدی ۰/۸۷، تصویر از آینده ۰/۸۲، عزت نفس ۰/۸۰، حمایت و تأیید از طرف دیگران ۰/۸۲ و لذت اضافه شدن یک نفر به خانواده ۰/۹۴ بدست آمد.

اطلاعات آماری توسط نرم افزار SPSS با نسخه ۱۷ با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس (با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها) و در سطح معنادار آماری ۹۵ درصد و مقدار خطای ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها پس از تأیید طرح در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد تنکابن انجام گرفت.

### نتایج:

براساس یافته‌های این تحقیق میانگین سن واحدهای مورد پژوهش  $3/76 \pm 26/38$  سال بود. ۳۶ درصد زنان در سه ماهه اول بارداری بودند. اکثریت زنان

هرچه سطح درآمد بالاتر باشد، میانگین توانمندی بیشتر است که نشان دهنده تأثیر بهبود وضعیت درآمد با سطح استقلال و توانمندی زنان باردار می‌باشد. نتایج مطالعه عباس‌زاده و همکاران نشان داد که هر چه سطح درآمد بیشتر باشد میانگین توانمندی و توانایی افراد برای انجام و اجرای رفتار در شرایط پر استرس بیشتر است (۲۰).

میانگین توانمندی زنان شاغل بیشتر از زنان خانه-دار بود ولی آزمون ارتباط معنادار آماری را در این مورد نشان نداد که به نظر می‌رسد به دلیل محدود بودن تعداد زنان شاغل در این پژوهش باشد.

در مطالعه Kameda و Shimada افرادی که حاملگی ناخواسته داشتند نسبت به کسانی که حاملگی آنها خواسته بود، به طور معنادار توانمندی کمتری داشتند (۱). ولی در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنادار مشاهده نشد، مادرائی که بارداری آنها خواسته بود تنها در بعد اضافه‌شدن یک فرد به خانواده از توانمندی بیشتری برخوردار بودند. مطالعه مکوندی و اعتمادی کرمانی نیز نشان می‌دهد در مادرائی که بارداری ناخواسته دارند بروز اختلالات روانی و اجتماعی، کاهش عزت نفس و خودکارآمدی شایع‌تر است (۲۱). هرچند میزان بروز بارداری‌های ناخواسته تمامی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بروز اختلالات روانی در بین این ماداران شایع‌تر است (۱۳، ۴). اجرای برنامه‌ریزی‌های دقیق بهداشتی برای کاهش موارد حاملگی ناخواسته اهمیت فراوانی دارد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که با افزایش تعداد حاملگی، توانمندی زنان کاهش می‌یابد به طوری که بالاترین میانگین توانمندی در حاملگی اول و پائین‌ترین میانگین در حاملگی دوم و سوم دیده شد. به نظر می‌رسد بالا رفتن تعداد بارداری‌ها توان جسمی، روانی ماداران را کاهش می‌دهد. البته عامل سن و شرایط اقتصادی نیز بی‌تأثیر نخواهد بود (۱۳).

با توجه به نقش آموزش در ارتقای توانمندی زنان پیشنهاد می‌شود پژوهشی در ارتباط با تأثیر کلاس‌های ترویج زایمان طبیعی در توانمندی زنان باردار صورت گیرد. آموزش دوران بارداری احساس شادی، خوشحالی در

حمایت خانواده و حتی ماما در دوران بارداری می‌تواند منجر به ایجاد تجربه مثبت در مادر شده، که خود منجر به افزایش توانمندی و عزت نفس در مادر می‌گردد (۱۴). یافته‌های اکبر زاده و همکاران نیز نشان داد که حمایت‌های ارائه شده به مادر در دوره بارداری جهت کمک به تطابق با احساسات آنان مفید بوده و سهم مهمی در بهبود وضعیت عاطفی و سازگاری‌شان با نقش مادری خواهد داشت و در واقع این ماداران توانمندترند (۱۵). مطالعه‌ای در آفریقا نشان داد هر چقدر استقلال زنان در تصمیم‌گیری‌های خانواده بیشتر باشد، در همه امور از جمله محدود کردن تعداد فرزند نیز تأثیرگذار خواهد بود. در واقع زنان توانمندتر تمایل کمتری به داشتن فرزند دارند (۱۶).

در مورد عوامل مرتبط با توانمندی زنان باردار، نتایج پژوهش ما نشان داد که بین تحصیلات مادر و توانمندی ارتباط معنادار آماری وجود دارد و با مقایسه تفاوت میانگین‌ها مشخص شد که مادرائی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند از توانمندی بیشتری برخوردارند. مطالعه باستانی و همکاران نشان داد که بالا بودن تحصیلات منجر به یادگیری عمیق و انجام بهتر مهارت‌ها می‌گردد (۱۷). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تحصیلات به عنوان عامل مثبتی در برخورداری از توانمندی دوران بارداری محسوب می‌شود و زنان به مدد آموزش و پرورش می‌توانند توانایی خود را به ظهور برسانند و نیروی درونی خود را توسعه دهند (۱۷، ۹). همچنین یافته‌ها نشان داد که با علاقه به ادامه بارداری، زنان توانمندی بیشتری دارند. باید توجه داشت نگرش مثبت در زندگی می‌تواند در بالا بردن سطح توانمندی زنان مؤثر باشد (۱۸). بر اساس یافته‌ها میانگین نمره توانمندی در زنان با زایمان سوم بیشتر از زایمان اول بود که نتایج مشابه یافته‌های Shimada و Kameda بود (۱). مطالعه مشکی و همکاران نیز نشان داد کسب تجربه مثبت در بارداری و زایمان قبلی و افزایش عزت نفس منجر به افزایش توانمندی و ارزشمندی می‌گردد (۱۹).

یافته‌ها بین توانمندی و میزان درآمد ارتباط معنادار آماری را نشان نداد اما یافته‌ها مؤید آن بود که

خانواده، توانایی رویارویی با شرایط جدید، سلامت مادر و نوزاد، افزایش اعتماد بنفس، رضایت از بچه دار شدن، مشارکت فعال اعضاء خانواده در حفظ سلامت و بهبودی خانواده و توانایی سازگاری و رویارویی با مشکلات و پذیرش مسئولیت های زندگی را به همراه دارد.

تعداد زیاد سؤالات گاهی باعث خستگی مادر در ادامه پاسخگویی می شد از طرفی پایین بودن سطح سواد و وجود مسائل فرهنگی واجتماعی باعث بی حوصلگی وعدم تمایل مادران برای شرکت در پژوهش گردید، که از محدودیت های این مطالعه بود.

#### تشکر و قدردانی:

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از خانم Kameda به خاطر مجوز بومی سازی پرسشنامه، معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن جهت تصویب طرح، مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تنکابن و مادران بارداری که با حوصله تمام به سؤالات ما پاسخ دادند، اعلام می دارد.

جدول شماره (۱): اطلاعات جمعیت شناختی زنان باردار

| متغیر                  | تعداد | درصد |
|------------------------|-------|------|
| سن                     |       |      |
| ۱۸ - ۲۰                | ۱۵    | ۷/۵  |
| ۲۰ - ۲۵                | ۷۹    | ۳۹/۵ |
| ۲۵ - ۳۰                | ۶۵    | ۳۲/۵ |
| ۳۰ - ۳۵                | ۳۰    | ۱۵   |
| > ۳۵                   | ۱۱    | ۵/۵  |
| سن حاملگی              |       |      |
| سه ماهه اول            | ۷۲    | ۳۶   |
| سه ماهه دوم            | ۶۸    | ۳۴   |
| سه ماهه سوم            | ۶۰    | ۳۰   |
| تعداد حاملگی           |       |      |
| ۱                      | ۹۶    | ۴۸   |
| ۲                      | ۷۴    | ۳۷   |
| ۳                      | ۲۳    | ۱۱/۵ |
| > ۴                    | ۷     | ۳/۵  |
| پذیرش بارداری          |       |      |
| خواسته                 | ۱۵۹   | ۷۹/۵ |
| ناخواسته               | ۴۱    | ۲۰/۵ |
| میزان تحصیلات          |       |      |
| ابتدایی                | ۱۶    | ۸    |
| راهنمایی               | ۴۰    | ۲۰   |
| متوسطه                 | ۹۶    | ۴۸   |
| دانشگاهی               | ۴۸    | ۲۴   |
| میزان درآمد            |       |      |
| مطلوب                  | ۵۸    | ۲۹   |
| تا حدی مطلوب           | ۱۲۵   | ۶۲/۵ |
| نامطلوب                | ۱۷    | ۸/۵  |
| حمایت های همسر         |       |      |
| متوسط                  | ۲۳    | ۱۱/۵ |
| خوب                    | ۱۷۷   | ۸۸/۵ |
| وضعیت اشتغال           |       |      |
| خانه دار               | ۱۸۱   | ۹۰/۵ |
| شاغل                   | ۱۹    | ۹/۵  |
| علاقه به ادامه بارداری |       |      |
| بله                    | ۱۹۰   | ۹۵   |
| خیر                    | ۱۰    | ۵    |
| جمع کل                 | ۲۰۰   | ۱۰۰  |

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف توانمندی زنان باردار

| انحراف معیار | میانگین | ابعاد توانمندی زنان باردار          |
|--------------|---------|-------------------------------------|
| ۲/۷۷         | ۱۷/۸۶   | خودکارآمدی                          |
| ۱/۸۸         | ۱۵/۳۱   | تصویر از آینده                      |
| ۱/۸۲         | ۱۹/۱۹   | عزت نفس                             |
| ۱/۷۹         | ۱۳/۶۶   | لذت اضافه شدن یک نفر به جمع خانواده |
| ۱/۵۹         | ۱۲/۷۰   | حمایت و تایید از سوی دیگران         |

جدول شماره (۳): توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات توانمندی زنان باردار بر حسب برخی از ویژگی‌های فردی

| سطح معنی داری | انحراف معیار | میانگین | ویژگی زنان باردار      |
|---------------|--------------|---------|------------------------|
|               |              |         | سن                     |
|               | ۴/۴۳         | ۷۸/۹۳   | ۱۸ - ۲۰                |
|               | ۶/۹۰         | ۷۸/۹۲   | ۲۰ - ۲۵                |
| ۰/۹۸۵         | ۶/۲۵         | ۷۸/۶۷   | ۲۵ - ۳۰                |
|               | ۷/۷۵         | ۷۸/۷۳   | ۳۰ - ۳۵                |
|               | ۸/۵          | ۷۸/۶۳   | > ۳۵                   |
|               |              |         | سن حاملگی              |
|               | ۷/۲۹         | ۷۸/۸۸   | سه ماهه اول            |
| ۰/۶۶۲         | ۶/۹۰         | ۷۸/۵۸   | سه ماهه دوم            |
|               | ۵/۷۸         | ۷۸/۶۱   | سه ماهه سوم            |
|               |              |         | تعداد حاملگی           |
|               | ۶/۷۹         | ۷۹/۵۶   | اول                    |
| ۰/۳۰۲         | ۶/۳۰         | ۷۷/۹۸   | دوم                    |
|               | ۶/۵۹         | ۷۷/۳۴   | سوم                    |
|               | ۹/۷۰         | ۸۰/۱۴   | چهارم                  |
|               |              |         | پذیرش بارداری          |
| ۰/۸۸۵         | ۶/۶۳         | ۷۸/۷۷   | خواسته                 |
|               | ۷/۱۳         | ۷۸/۶۰   | ناخواسته               |
|               |              |         | میزان تحصیلات          |
|               | ۷/۲۴         | ۷۸/۳۷   | ابتدایی                |
| ۰/۰۳۷         | ۵/۸۳         | ۷۷/۸۷   | راهنمایی               |
|               | ۷/۰۹         | ۷۷/۹۴   | متوسطه                 |
|               | ۶/۰۳         | ۸۱/۱۸   | دانشگاهی               |
|               |              |         | وضعیت اشتغال           |
| ۰/۴۴۸         | ۶/۷۶         | ۷۸/۵۸   | خانه دار               |
|               | ۷/۵۳         | ۸۱/۴۴   | شاغل                   |
|               |              |         | میزان درآمد            |
|               | ۷/۳۲         | ۸۰/۳۲   | مطلوب                  |
| ۰/۰۳          | ۶/۴۴         | ۷۸/۱۰   | تاحدی مطلوب            |
|               | ۵/۹۵         | ۷۸/۰۵   | نامطلوب                |
|               |              |         | حمایت‌های همسر         |
| ۰/۰۸۵         | ۷/۳۲         | ۷۶/۴۷   | متوسط                  |
|               | ۶/۶۰         | ۷۹/۰۳   | خوب                    |
|               |              |         | علاقه به ادامه بارداری |
| ۰/۰۰۵         | ۶/۶۳         | ۷۹/۰۵   | وجود دارد              |
|               | ۵/۸۳         | ۷۲/۹    | وجود ندارد             |

ANOVA

## References

- 1-Kameda y, shimada k. Development of an empowerment scale for pregnant women. Journal of the tsurume Health science society kanazawa university. 2008; 32 (1) : 39-48.
- 2-Jahdi F, Montazari A, Baluchi mahani M, Behbudi moghadam Z. Impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. Payesh.2014;13:229-234.Persian.
- 3-Pour eslami M. empowerment in Health promotion. Teab and tazkiaeh. 2003; 48: 9-20. Persian.
- 4-Hatami H. Text book of public Health . 3<sup>rd</sup> Ed. Tehran: Arjmand; 2013. Persian.
- 5-Hajipour L, Hosseini tabaghdhey M. Empowerment in pregnant women. In:10<sup>th</sup> International congress on obstetrics and Gybecology. Tehran : National Association of Iranian Obstetricians & Gynecologists ;2013. Persian.
- 6-WHO. PMNCH fact sheet maternal mortality.[ accessed Dec 2013]. Available From: [http://www.who.int/pmnch/media/press\\_materials/fs/fs\\_mdg\\_5\\_maternalmortality/en/](http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_mdg_5_maternalmortality/en/)
- 7-WHO. WHO- MDG3: promote gender equality and empower women. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/gender.shtml>
- 8-Andrew M. choices for women : planned pregnancies, safe birth and Healthy maternal and newborn Health in the newborns. Available from: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67640/RMNH-framework-for-results.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67640/RMNH-framework-for-results.pdf)
- 9-Birtta CM, Michelle J. can women's autonomy impede male involvement in pregnancy, Health in katamando, Nepal? J social science and medicine. 2005; 61(9): 1993-2006.
- 10-Cunningham F,Lenovo K J, Bloom S L, Hauth L,Spong C Y, Rus J. et al. Willimas obstetrics . 23<sup>th</sup> Ed. UK: MC Graw-Hill; 2010.
- 11-Geeta RG, Anju M. Empowering women through Investments in Reproductive Health and Rights . USA: International center for research on women; 2006. Available from: url: [http://www. UNFPA.org](http://www.UNFPA.org)
- 12-WHO. Department of gender, women and health. Women's empowerment and gender equality: Essential goal for saving Women's lives. Switzerland: WHO; 2008. Available from : Url : <http://www.WHO.int/gender/en/>.
- 13-abbas zadh F, Bagheri A, mehran N. Dimension of quality of life in pregnant women. Payesh . 2009; 9(1): 69-75. Persian.
- 14-Nilsson L, Thorsell T, Wahn E, Ekstrom A. Factors influencing positive birth experience of first -time mothers. Nursing Reaserach and practice. 2013; 6.
- 15-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. J odanesh and tandurusty.2012; 7(2): 83-88. Persian.
- 16-Upadhyay U, Karasek D. Women's Empowerment and Achievement of Desired Fertility in Sub-Saharan Africa 2010 dec. Demographic and Health Research. 2010;80. Available From : <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/WP80/WP80.pdf>
- 17-Bastani F, Hydarnia A, Vafaei M, Kazemnejad A. Kashani M.effect of Relaxation eduction on self efficacy theory in pregnant women mental health. Andishe va Rafter. 2006;12(2): 109-116.
- 18-khorsandi M, Rusta F, ghofranipour F. Role of self efficacy & relaxation in fear of childbirth. In: Guideline perinatology of Iran.Tehran: Iranian scientific association of perinatology. Iran: scienstical perinatology of Iran;2009.
- 19-meshki M, Ghofranipour F, Azadflah P, Hajizadeh E. Effect of educational program with use of self esteem and health locus of Control beliefs on college students Psycholog health promotion. feaz. 2008;4:38-45.Persian.
- 20-Abbas zadh F, Bagheri A, Mehran N. quality of life in pregnant women. Payesh . 2010; 9(1): 69-75. Persian.
- 21-Makvandi S, Etemadi kermani A. quality of life in pregnant women referring to eyzeh health centers. J of Kermanshah University of Medical science.2012;16(1):37-41. Persian.



## Empowerment of Pregnant Women

By: Hajipour L<sup>1\*</sup>, Hosseini Tabaghdehi M<sup>1</sup>, TaghiZoghi Z<sup>1</sup>, Behzadi Z<sup>1</sup>

1- Department of Midwifery, Instructor, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Tonekabon, IRAN

Received: 2014/03/13

Accepted: 2014/07/08

### Abstract

**Introduction:** Empowerment during pregnancy is defined as a sense of self- fulfillment and increased independence, promotion of interaction with individuals and environment leading to an increase in the spontaneous psychological energy to achieve successful pregnancy and childbirth. Education during pregnancy empowers women for better adjustment confronting physical and emotional changes associated with pregnancy and experiencing a satisfying delivery.

**Objective:** Present study was conducted to determine the empowerment of pregnant women referring to Tonekabon health centers.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted on 200 pregnant women who referred for prenatal care clinics to in Tonekabon in 2013. Pregnant women participating in the study were at least literate and had no significant medical problems or obstetrical pregnancy indicating a high-risk pregnancy. Besides, they had no history of previous cesarean section and gave consent to participate in the study. Cluster sampling method was used. Two centers of clusters were randomly selected. All pregnant women referring to these two centers for prenatal care were included after obtaining the written consent.

The data collection tool was a questionnaire designed in two parts. The first part contained demographic and obstetric information and the second part was pregnant women's empowerment questionnaire by Kameda, with 27 questions in five dimensions; Self-efficacy (6 questions), future image (6 questions), self- esteem (7 questions), support and assurance from others (4 questions), and joy of an addition to the family (4 questions) which were answered based on the Likert scale from strongly disagree to strongly agree with 1 to 4. Minimum score of 27 and maximum score of 108 were given to the answers. The mean score was used to judge about the answers.

The data were analyzed using descriptive statistics and ANOVA (given the normal distribution of data) at significance level of 95% and  $p=0.05$ . Data collection was performed after approval by the Research Council of Azad University, Tonekabon Branch.

**Results:** The mean age of subjects was  $26.38 \pm 3.76$  years old. 36% of women were in their first trimester of pregnancy. The majority of pregnant women (55.55%) experienced their first pregnancy and had high school education (40%) and wanted pregnancies (79.5%). 90.5% of them were homemaker. This study found the mean and standard deviation of empowerment as  $78.74 \pm 6.71$  (Minimum score 27 and maximum score 108). Of all empowerment dimensions, the highest mean score dedicated to self-esteem ( $19.19 \pm 1.82$ ) and the lowest to the support and assurance from others ( $12.70 \pm 1.59$ ) and joy of an addition to the family ( $13.66 \pm 1.79$ ). The results showed a significant correlation between mother's education and empowerment score ( $p=0.03$ ). Moreover, the relationship between interest to continue the pregnancy and empowerment was statistically significant ( $p=0.005$ ). No significant difference was observed between other variables such as pregnancy age, mother's age and number of pregnancy, mother's job and support of spouse, level of income and unwanted pregnancy and total score of empowerment.

**Conclusion:** The findings of this study can be effective in assessment of prenatal care, planning and implementing delivery preparation classes and promotion of empowerment of pregnant women. Given the role of education in promoting women's empowerment it is suggested that the effect of natural childbirth in empowering pregnant women be considered in future studies. Prenatal education brings about positive feelings, happiness in the family, promoted ability to deal with new conditions, promoted maternal and newborn health, increased confidence, satisfaction of having children, active participation of family members in maintaining family health and promoted ability to adapt and cope with the problems and responsibilities of life.

**Keywords:** Pregnant Women, Prenatal Care, Pregnancy

\*Corresponding Author: Leila Hajipour, Tonekabon, Islamic Azad University

Email: lmidhajipour @toniau.ac.ir