

## تأثیر مشاوره حمایتی بر میزان اضطراب زنان در معرض خطر زایمان زودرس

مهديه مقدسی<sup>۱</sup>، ژيلا سلطان احمدی\*<sup>۲</sup>، منصوره عزیززاده فروزی<sup>۳</sup>، علی مهدی‌زاده<sup>۴</sup>، یونس جهانی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت 1394/10/22 تاریخ پذیرش 1394/12/25

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ازجمله نگرانی‌های اصلی زنان در معرض خطر زایمان زودرس، سلامت نوزاد و پیامدهای ناشی از آن می‌باشد، که می‌تواند موجب اضطراب آنان گردد. برخی مداخلات می‌توانند در کاهش میزان اضطراب مؤثر باشند. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی بر میزان اضطراب زنان در معرض خطر زایمان زودرس طراحی شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی 88 زن (43 نفر در گروه مداخله و 45 نفر در گروه کنترل) در معرض خطر زایمان زودرس بستری در بخش زنان و مامایی بیمارستان افضل پور شهر کرمان در سال 1394-1393 انجام شد. مداخله شامل ارائه یک برنامه مشاوره حمایتی بود، که پس از تعیین میزان اضطراب مادران توسط پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر، انجام شد. مجدداً پس از مداخله، میزان اضطراب زنان هر دو گروه اندازه‌گیری و اطلاعات با استفاده از آزمون‌های فیشر، من ویتنی و آزمون‌های تی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در گروه مداخله، مشاوره حمایتی سبب کاهش معنی‌دار اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی گردید ( $p=0/0001$ ). در گروه کنترل، اضطراب خصیصه‌ای افزایش مختصری را نشان داد، ولی اضطراب موقعیتی کاهش یافت، و تفاوت نمره اضطراب موقعیتی در دو گروه معنی‌دار بود ( $p=0/0001$ ). بین اختلاف نمره اضطراب و سن ارتباط مستقیم و معنی‌دار آماری وجود داشت ( $p=0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** مشاوره حمایتی نمره اضطراب مادران در معرض خطر زایمان زودرس را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد. بنابراین توصیه می‌شود که مراقبین بهداشتی جلسات مشاوره حمایتی را در ساعات اولیه پس از بستری این زنان در نظر بگیرند، تا با کاهش سطح اضطراب آنان شرایط زایمان ایمن را فراهم آورند.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب مادران، زایمان زودرس، مشاوره حمایتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دوم، پی‌درپی 79، اردیبهشت 1395، ص 158-151

آدرس مکاتبه: کرمان، ابتدای اتوبان هفت باغ، پردیزه افضل پور، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، تلفن: 034-31325219

Email: J\_soltanahmadi@kmu.ac.ir

## مقدمه

نیست. کم‌ترین شیوع در جمعیت دارای شرایط اجتماعی-اقتصادی بهتر و بیشترین شیوع آن در جمعیت فقیر از نظر خدمات پزشکی است (3). آمار جهانی مشخصی در مورد شیوع زایمان زودرس وجود ندارد. شیوع جهانی آن حدود 9/6 درصد است (4). آمار گزارش شده از سوی کشورهای توسعه‌یافته نشان داده که شیوع آن در بیست سال اخیر افزایش یافته است (5). (85 درصد موارد در آسیا و آفریقا اتفاق می‌افتد. شیوع آن در کشورهای توسعه‌یافته 5 درصد،

زایمان زودرس به‌عنوان انقباضات رحمی بعد از هفته 20 و قبل از 37 هفته کامل حاملگی تعریف می‌شود (1). نوزادانی که قبل از هفته 28 حاملگی متولد می‌شوند به‌عنوان بی‌نهایت پره‌ترم، آن‌هایی که بین 28 تا 32 هفته متولد می‌شوند، خیلی پره‌ترم و آن‌هایی که بین 32 تا 37 هفته به دنیا می‌آیند، به‌طور متوسط پره‌ترم تلقی می‌گردند (2). شیوع تولد پره‌ترم در جمعیت‌های مختلف یکسان

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

<sup>۲</sup> مربی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> مربی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

<sup>۴</sup> روان‌پزشک محقق مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

<sup>۵</sup> استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کشورهای درحال توسعه 25 درصد و در ایران بین 5/6 تا 34/9 درصد گزارش شده است (4).

دلایلی که سبب زایمان پره‌ترم می‌شوند، ویژگی‌های متعددی دارند که اغلب بر هم تأثیر متقابل می‌گذارند، این پیچیدگی باعث می‌شود تلاش‌هایی که برای جلوگیری از این عارضه و درمان آن صورت می‌گیرند به شدت با مشکل مواجه شوند، این موضوع به‌ویژه در مورد پارگی پره‌ترم پرده‌ها و لیبر پره‌ترم خودبه‌خود که روی هم عامل 70 تا 80 درصد زایمان‌های پره‌ترم را تشکیل می‌دهند، صدق می‌کند (1). پارگی پره‌ترم و زودرس پرده‌ها قبل از کامل شدن هفته 37 حاملگی اتفاق افتاده و باعث آغاز فعالیت طبیعی رحم که باعث دیلاتاسیون سرویکس می‌شود، می‌گردد (6). اگرچه دلایل زایمان پره‌ترم کاملاً شناخته شده نیست، اما نتایج کوتاه‌مدت و درازمدت ناشی از تولد پره‌ترم به‌خوبی مشخص شده‌اند (2). تعدادی از عوارض قابل پیش‌بینی برای نوزاد شامل: دیسترس تنفسی، عوارض عصبی، عفونت، مشکلات تغذیه و بستری طولانی‌مدت نوزاد در بیمارستان می‌باشند (7). نارس بودن نوزاد خطر تأخیر تکاملی را در نوزاد افزایش می‌دهد و نارس‌ترین بزرگ‌ترین عامل منفرد فلج مغزی در کودکان به شمار می‌رود. تقریباً 70 درصد از مرگ‌های نوزادی و 25-50 درصد از آسیب‌های نورولوژیک در کودکان به نارسی نسبت داده می‌شود (8). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر از 40 درصد از مادران یک یا بیشتر از علائم اختلال تروما به دنبال استرس را در طی شش ماه بعد از تولد نوزاد پره‌ترم تجربه می‌کنند و 26 درصد حتی تا 18 ماه بعد هم علائم را نشان داده‌اند (9). بر اساس مطالعه‌ای که توسط گاچر و همکاران (2011) انجام گرفت، نتایج نشان داد که از جمله نگرانی‌های اصلی زنان در معرض خطر زایمان زودرس، سلامت نوزاد و پیامدهای ناشی از آن می‌باشد، بعلاوه نگرانی در مورد زندگی خانوادگی به دلیل اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان نیز موجب اضطراب در آنان می‌شود. در تجارب این مادران احساس ضعف و عدم کنترل، هم‌چنین مشکلات دل‌بستگی آنان به فرزندشان که در اثر جداسدن طولانی از وی رخ می‌دهد نیز، عنوان شده است (7).

هورمون‌های استرس (اپی نفرین، نور اپی نفرین و هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک) که در جریان خون وجود دارند، مستقیماً بر شبکه عصبی جنین تأثیر گذاشته و سبب افزایش فشارخون، سرعت ضربان قلب و میزان فعالیت جنین می‌شوند. مادرانی که سطح اضطراب بالایی دارند، ممکن است بچه‌های بیش‌فعال و تحریک‌پذیری به دنیا آورند که دچار اختلال خواب بوده، وزن هنگام تولد پایینی دارند و بدخوراک هستند (10).

در مورد پارگی پیش از موعد و قبل از زایمان پرده‌ها، توجه به شرایط زن و همسرش همیشه باید مدنظر قرار گیرد، چراکه وضعیتی

بس آزردهنده برای آنان است، حداقل به‌این‌علت که دلایل و پیش‌بینی نتیجه‌ی کار را نمی‌توان ارائه کرد و در نتیجه مادر با واکنش‌های عاطفی دور از انتظاری مواجه می‌شود (6). مداخلات مامایی می‌توانند در کاهش اضطراب مادران مؤثر باشند. رفتار صمیمانه، حمایت‌کننده و توضیح تمام اقدامات درمانی می‌تواند زن و همسرش را در یک وضعیت مناسب قرار دهد (11). در دوره‌های استرس‌زا، مراقبت‌های حمایتی و تشویقی ماما نه‌تنها به بهبود سلامت عاطفی مادر، بلکه به بهتر شدن بیماری‌های تهدیدکننده دوره نفاس نیز کمک می‌کند (6). بنابر مطالعات انجام‌شده یکی از مهم‌ترین راه‌های سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا حمایت اجتماعی است و این‌که فرد بتواند به شخص حمایت‌گری اعتماد کرده و با او ارتباط مثبت برقرار نماید (12).

بر اساس یافته‌های ریچارد و همکاران (2013) مداخلاتی به‌منظور بهبود رابطه پدر و مادر با نوزاد نارسشان، هم‌چنین حمایت‌های روانی مناسب به‌منظور کاهش عواقب درازمدت و شدید بعدی ضروری است. این محققین مشاوره و روان‌درمانی را به‌عنوان مداخله مؤثر جهت حمایت از این خانواده‌ها پیشنهاد داده‌اند (13). هم‌چنین گاچر و همکاران (2011) در مطالعه خود بیان کرده‌اند که مادران در معرض خطر زایمان زودرس شرکت‌کننده در مطالعه آن‌ها نسبت به مشاوره قبل از تولد دید مثبتی داشتند؛ علاوه بر این انتظار داشتند که مشاوره هم به‌صورت حمایتی و هم آموزشی انجام شود (7). مطالعات نشان داده که مشاوره حمایتی در افرادی که نیازمند درمان روانی خاصی نیستند، مؤثر است (12). بنابراین در افراد سالمی که در یک بحران یا حالت موقت آشفتگی به سر می‌برند، کاربرد دارد و بسته به نیاز افراد تعداد جلسات مشاوره می‌تواند متفاوت باشد (10). یافته‌های مطالعه برگ سترام و همکاران (2012) نشان داد که حمایت از والدین بهتر است قبل از تولد نوزاد نارس برای مادر شروع و پس از بستری شدن نوزاد ادامه یابد (14). با توجه به این‌که در ایران اکثر مطالعات انجام‌شده در این زمینه به‌صورت انجام مداخله بعد از تولد نوزاد پره‌ترم برای مادران یا والدین آن‌ها صورت گرفته و تأثیر مداخله قبل از زایمان بر روی اضطراب مادران در معرض خطر زایمان زودرس کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است و نظر به این‌که یکی از کاربردهای مشاوره حمایتی در مورد افرادی است که در یک بحران یا حالت موقت آشفتگی به سر می‌برند (12). لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی بر میزان اضطراب زنان در معرض خطر زایمان زودرس بستری در بخش زنان و مامایی بیمارستان افضل‌ی پور شهر کرمان در سال 1393-1394 انجام شد.

## مواد و روش کار

از انجام مشاوره با استفاده از پرسشنامه اشیپلبرگر در دو گروه مداخله و کنترل طی 24 ساعت اول پس از بستری در بخش زنان و مامایی تعیین شد. شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط تحت مراقبت معمول بخش بودند. اما برای مادران گروه مداخله، پس از تعیین نمره اضطراب 2 جلسه مشاوره حمایتی (به مدت 60 دقیقه و در شیفت صبح) با فاصله 24 ساعت برگزار شد (10). اصول مشاوره بر اساس گوش دادن و سعی در فهم دیدگاه‌ها و نگرانی‌های مادر، احترام به وی و برقراری ارتباط مثبت و همدلانه با وی بود (12). محتوی جلسه مشاوره که شامل: زایمان زودرس و عوامل مستعد کننده آن، اداره زایمان زودرس، آشنایی مادر با بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با استفاده از فیلم، بقای نوزاد نارس، مراقبت از نوزاد نارس و فن‌های آرام‌سازی به روش جاکوبسن بود، توسط پژوهشگران تهیه شد و مورد تأیید متخصص زنان، روان‌پزشک و روانشناس قرار گرفت. پرسشنامه‌ها مجدداً جهت تکمیل در اختیار گروه مداخله در روز بعد از اتمام مداخله (18) قرار گرفت و گروه کنترل نیز در زمان مشابه با گروه مداخله پرسشنامه‌ها را مجدداً تکمیل کردند. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های فیشر، من ویتنی، آزمون تی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه 0/05 در نظر گرفته شد. این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شماره 93/540/کا رسیده است.

#### یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه از نظر مشخصات فردی (سن، شغل، میزان درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات، سن حاملگی، هفته بارداری و تعداد بارداری) با استفاده از آزمون‌های من ویتنی و فیشر همگنی در گروه‌ها بررسی شد. میانگین سن مادران حدود 28 سال و اکثر آن‌ها خانه‌دار بودند، تحصیلات در سطح دیپلم و میانگین درآمد ماهیانه حدود یک میلیون تومان داشتند. اکثر آن‌ها بارداری اول و دوم و با میانگین سن بارداری 29 هفته بودند.

بعد از انجام مشاوره میانگین نمره اضطراب خصیصه‌ای در گروه مداخله کاهش معنی‌داری داشت ( $p=0/0001$ )، اما در گروه کنترل افزایش مختصری مشاهده شد (جدول 1). همچنین میانگین نمره اضطراب موقعیتی در هر دو گروه مداخله و کنترل پس از انجام مشاوره کاهش معنی‌داری داشت ( $p=0/0001$ ) (جدول 2). اما تفاوت نمره اضطراب موقعیتی در دو گروه چشمگیر و معنی‌دار بود ( $p=0/0001$ ) (جدول 3).

رابطه بین مشخصات دموگرافیک و اختلاف نمره اضطراب در گروه مداخله نشان داد که بین اختلاف نمره اضطراب با سطح درآمد، سطح تحصیلات، هفته بارداری و تعداد بارداری ارتباط معنی‌داری

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. جامعه پژوهش را مادران در معرض خطر زایمان زودرس بستری در بخش‌های زنان و مامایی بیمارستان افضلی پور شهر کرمان تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مادرانی که به علت پارگی زودرس پرده‌های جنینی مراجعه و در بیمارستان بستری شده بودند، تست نیتراژین آن‌ها مثبت، سن بالای 18 سال و سواد خواندن و نوشتن داشتند. از دیگر معیارهای ورود، خواسته بودن بارداری، سن حاملگی 26 تا 34 هفته (15) هنگام پژوهش، نداشتن سابقه زایمان زودرس یا تولد نوزاد ناهنجار، عدم سابقه استفاده از داروهای روان‌پزشکی و بستری در بیمارستان به دلیل مشکلات روان‌پزشکی، عدم سابقه نازایی و سقط مکرر بود. معیارهای خروج شامل عدم وجود معیارهای ورود و زایمان قبل از اتمام مطالعه بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه جعفری و همکاران (15) و طبق فرمول آماری در سطح اطمینان 95 درصد و توان آزمون 80 درصد، 84 نفر (در هر گروه 42 نفر) برآورد شد، که در این پژوهش تعداد بیشتری از مادران یعنی 43 نفر در گروه مداخله و 45 نفر در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. زمان گردآوری اطلاعات از اول بهمن‌ماه 1393 شروع و تا اول اردیبهشت‌ماه 1394 به پایان رسید. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود، به این ترتیب که از بین مادران باردار در معرض خطر زایمان زودرس بستری در بخش‌های زنان و مامایی، مادران واجد شرایط پژوهش پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین دو گروه، هفته اول به گروه مداخله و هفته دوم به گروه کنترل اختصاص یافت. انتخاب اینکه کدام گروه هفته اول وارد مطالعه شوند و کدام گروه هفته دوم، به صورت تصادفی بود. این روش تا تکمیل حجم نمونه ادامه پیدا کرد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر استفاده شد. پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر شامل 40 سؤال با نمره دهی لیکرت چهاردرجه‌ای از یک "خیلی کم" تا چهار "خیلی زیاد" است که 20 سؤال آن مربوط به زیر مقیاس اضطراب موقعیتی (حالت اضطراب) یعنی احساسی که فرد در حال حاضر دارد و 20 سؤال دیگر آن مربوط به زیر مقیاس اضطراب خصیصه‌ای (رگه یا صفت اضطراب) یعنی اضطراب زمینه‌ای فرد یا آمادگی او برای مضطرب بودن است. در سال 1372 مهرام این پرسشنامه را در ایران استانداردسازی کرده است و از طریق فرمول آلفا کرونباخ، پایایی آن را 0/91 اعلام نموده است (16). روایی و پایایی این ابزار توسط مطالعه رحیمی و همکاران در سال 2014 انجام شده که همسانی درونی آن برای زیر مقیاس اضطراب موقعیتی 0/9 و برای زیر مقیاس اضطراب خصیصه‌ای 0/88 به دست آمده است (17). پرسشنامه‌ها جهت تکمیل، در اختیار مادران قرار گرفت و به این ترتیب میانگین نمره اضطراب مادران قبل

وجود نداشت، اما بین اختلاف نمره اضطراب و سن ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت ( $p = 0/01$ ).

**جدول (۱):** مقایسه نمره اضطراب خصیصه‌ای قبل و بعد از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

| p.value | *میانگین اختلاف<br>(%95 CI) | انحراف معیار | میانگین        | نمره اضطراب خصیصه‌ای |
|---------|-----------------------------|--------------|----------------|----------------------|
| 0/0001  | 18/58<br>(20/58 و 16/6)     | 7/25<br>5/26 | 52/32<br>33/74 | قبل از مداخله        |
|         |                             |              |                | بعد از مداخله        |
| 0/77    | -0/26<br>(1/53 و -2/07)     | 8/07<br>8/42 | 51/95<br>52/22 | قبل از مداخله        |
|         |                             |              |                | بعد از مداخله        |

**جدول (۲):** مقایسه نمره اضطراب موقعیتی قبل و بعد از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

| p.value | *میانگین اختلاف<br>(%95CI) | انحراف معیار | میانگین        | نمره اضطراب موقعیتی |
|---------|----------------------------|--------------|----------------|---------------------|
| 0/0001  | 26/07<br>(24/36 و 27/7)    | 6/99<br>5/59 | 60/55<br>34/48 | قبل از مداخله       |
|         |                            |              |                | بعد از مداخله       |
| 0/0001  | 3/60<br>(5/29 و 1/90)      | 8/05<br>8/06 | 60/31<br>56/71 | قبل از مداخله       |
|         |                            |              |                | بعد از مداخله       |

## بحث و نتیجه‌گیری

زایمان امری طبیعی است ولی ممکن است با نگرانی‌هایی توأم باشد؛ در زایمان زودرس این ناراحتی‌ها و نگرانی‌ها بیشتر شده و موجبات اضطراب مادران را فراهم می‌آورد. در این مطالعه تأثیر مشاوره حمایتی بر میزان اضطراب مادران در معرض خطر زایمان زودرس مورد بررسی قرار گرفت.

در مطالعه حاضر میانگین نمره اضطراب موقعیتی در گروه کنترل و مداخله بیانگر اضطراب متوسط تا شدید (18) مادران در معرض خطر زایمان زودرس بستری در بیمارستان بود. در مطالعه رحیمی (2014) که بر روی 150 زن باردار گروه پرخطر 23-35 هفته غیر بستری انجام شد، میانگین نمره اضطراب موقعیتی، 44 به دست آمده بود (17) و در مطالعه پیژونی (2015) میانگین نمره اضطراب موقعیتی در مادران در معرض خطر زایمان زودرس 46/9 بود (19). از آنجاکه نمره اضطراب موقعیتی در شرایط مختلف به شدت تغییر می‌کند، شاید علت اختلاف مطالعه اخیر با دو مطالعه دیگر این باشد که واحدهای مورد پژوهش مطالعه حاضر را مادرانی تشکیل دادند که به علت پارگی زودرس پرده‌های جنینی، در بیمارستان بستری شدند و احتمال زایمان زودرس آن‌ها زیاد بود، لذا میانگین نمره اضطراب آنان نیز نسبت به پژوهش‌های قبلی بیشتر بود.

میانگین نمره اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی در گروه مداخله پس از انجام مشاوره کاهش معنی‌داری داشت، که با نتایج مطالعه رحیمی و همکاران (2014)، باستانی (2005)، اکبرزاده و همکاران (2013) همسو است (۲۰، ۲۱، ۲۲). در مطالعه ماتوسامی (2012) نیز کاهش معنی‌دار اضطراب در گروه مشاوره نسبت به گروه کنترل مشاهده شد (22). مطالعه دهداری (2009) نشان داد که انجام مداخلاتی که موجب تنش‌زدایی در بیماران بستری در بیمارستان می‌شود، می‌تواند هر دو جنبه اضطراب حالت و صفت را به یک نسبت کاهش دهد (23). این در حالی است که بعضی از مطالعات بیان می‌کنند که اضطراب صفت به‌عنوان یک ویژگی پایدار شخصیتی است و کم‌تر تحت تأثیر مداخلات قرار می‌گیرد (24). در مطالعه رحیمی (2014) و اکبرزاده (2013) میانگین نمره اضطراب حالت بعد از انجام مداخله در گروه کنترل عدم‌تغییر و حتی کمی افزایش و در گروه مداخله کاهش معنی‌داری نشان داد (۱۷، ۲۰). کاهش نمره اضطراب حالت در گروه مداخله با مطالعه ما همسو است. اما عدم‌تغییر نمره اضطراب حالت و حتی کمی افزایش آن در گروه کنترل خلاف مطالعه ما می‌باشد. در مادران گروه کنترل مطالعه ما که از مراقبت‌های معمول بخش برخوردار بودند، اضطراب موقعیتی در مرحله دوم جمع‌آوری اطلاعات کاهش یافته بود. شاید دلیل آن مشاوره با پزشک معالج خود، یا ماماها‌ی شاغل در بخش باشد. در

بعدی باهدف کاربرد انواع شیوه‌های روان‌شناختی جهت بهبود سلامت روان این گروه از مادران، پیشنهاد می‌گردد.

نقاط قوت و محدودیت‌ها: از آنجاکه انجام مشاوره حمایتی نیاز به استفاده از امکانات خاص و صرف وقت زیاد ندارد، لذا با توجه به کمبود نیروی انسانی در بیمارستان‌ها، می‌تواند روش مناسبی در کاهش اضطراب این گروه از مادران باشد. با انجام مشاوره حمایتی علاوه بر حمایت روانی از مادر، می‌توان اطلاعات لازم در مورد روند درمان زایمان زودرس و مراقبت از نوزاد نارس را نیز به مادر داد و با افزایش آگاهی مادر و جلب اعتماد وی سبب مشارکت وی در روند درمان شد، که این موضوع می‌تواند از نظر متصدیان نظام سلامت اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

به دلیل اینکه جلسات به‌صورت مشاوره‌ای برگزار شد، علیرغم کنترل روند مشاوره، گاهی اوقات به دلیل پرسش‌های مادران روند مشاوره تغییر اندکی داشت، که به‌عنوان محدودیت پژوهش می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه دانشجویی و طرح تحقیقاتی شماره 93/568، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد اخلاق 93/540/کا می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، مسئولین بیمارستان افضلی پور شهر کرمان و کلیه نمونه‌های محترم و افرادی که در گردآوری این مطالعه با پژوهشگران همکاری بی‌دریغ نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

بعد اضطراب خصیصه‌ای تغییر محسوسی در گروه کنترل مشاهده نشد. درحالی‌که کاهش اضطراب در بعد خصیصه‌ای در گروه مداخله پس از انجام مشاوره معنی‌دار بود. کاهش چشمگیر اضطراب در هر دو جنبه حالت و صفت در گروه مداخله بعد از انجام مشاوره می‌تواند ناشی از تأثیر مشاوره حمایتی مؤثر در مادران بستری در بیمارستان می‌باشد. مطالعه توهیل (2014) نشان داد که مشاوره و آموزش روانی توسط ماماها در دوره‌دیده در دوران بارداری می‌تواند ترس و اضطراب مادران را در هنگام زایمان کاهش دهد و باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی آن‌ها شود (25). نتایج مطالعه دل آرام و همکاران (2012) با عنوان تأثیر مشاوره در سه‌ماهه سوم بارداری بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا نشان داد که مشاوره توسط ماما در دوران بارداری سبب کاهش اضطراب زنان هنگام شروع زایمان می‌شود (26). آموزش مؤثر و حمایت در دوران بارداری می‌تواند نقش بسزایی در کاهش اختلالات روانی، استرس، اضطراب و همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی مادران داشته باشد (27).

مطالعه حاضر نشان داد که بین اختلاف نمره اضطراب (قبل - بعد) و سن ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت، به این معنی که با بالاتر رفتن سن، اختلاف نمره اضطراب نیز افزایش می‌یافت، که بیانگر تأثیر بیشتر مشاوره در سنین بالاتر نسبت به سنین پایین‌تر می‌باشد. ارتباط معنی‌داری بین اختلاف نمره اضطراب (قبل - بعد) و سایر متغیرها وجود نداشت.

نتایج این مطالعه نشان داد که شروع زود هنگام مداخله برای مادران در معرض خطر زایمان زودرس و حمایت از آن‌ها، می‌تواند میزان تنش و اضطراب مادران را کاهش دهد. اجرای پژوهش‌های

### References:

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetrics. 23rd ed. Newyork:McGraw-Hill; 2010.
- Lasiuk GC, Comeau T, Nuwburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 2(13): 1471-2393.
- Varni H, Krips J.M, Jejr K.L. Varni obstetrics. Translated by: Taghizadeh Z, Granmayeh M, Rahimpour F. 1rd ed. Tehran: Andisheh Rafie publication; 2008. (Persian)
- Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. Iran. Red Crescent Med J 2013; (15): 507-14.
- Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Alavi Majd H, Moafi F. Preterm delivery and psycho-social determinants of health based on World Health Organization model in Iran: a narrative review. Glob J Health Sci 2013; (5): 52-64.
- Cooper M. Myles for Midwives. Translated by: Khaleghi Nejad K, Shogaian Z, Nekoie T. Mashhad: Prastarn Gavan publication; 2009.P. 26. (Persian)
- Gaucher N, Payot A. From powerlessness to empowerment: Mothers expect more than

- information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatr Child Health* 2011; (16): 638-42.
8. Doyle J, Silber A. Preterm labor: role of the nurse practitioner. *Nurse Pract* 2015; (40): 49-54.
  9. Kraljevic M, Warnock F. F. Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *J Perinat Neonatal Nurs* 2013; (27): 311-27.
  10. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
  11. Akbarzade M. Psychological aspects of pregnancy and birth. Shiraz: Takht Jamshid publication; 2006. P. 48. (Persian)
  12. Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs* 2010; (66): 1317-27.
  13. Shaw RJ, St John N, Lilo EA, JO B, Benitz W, Stevenson DK, et al. Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2013; (132): 886-94.
  14. Bergstrom E.-B, Wallin L, Thomson G, Flacking R. Postpartum depression in mothers of infants cared for in a Neonatal Intensive Care Unit – Incidence and associated factors. *J Neonatal Nurs* 2012; (18): 143-51.
  15. Jafari Mianaei S, Alae Karahroudy F, Rassouli M, Zagheri Tafreshi M. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19(1): 94-100. (Persian)
  16. Mahram B. Standardization of Spielberger's test anxiety inventory in Mashhad. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 1994.. (Persian)
  17. Rahimi F, Ahmadi M, Roosta F, Alavi Majd H, Valiani M. Effect of Relaxation Training on Pregnancy Anxiety in High Risk Women: A randomized clinical trial. *Shahid Beheshti Univ Med* 2014; 2(3): 180-8. (Persian)
  18. Fathi Ashtiani A. Psychological tests. 9rd ed. Tehran: Besat publication; 2012. (Persian)
  19. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015: 1-6.
  20. Akbarzade M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Relaxation and attachment behaviors training on anxiety in first-time mothers in shiraz city: A randomized clinical trial. *Qom Univ Med SCI J* 2013; 6(4): 14-23. (Persian)
  21. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(4): e36-40.
  22. Muthusamy AD, Leuthner S, Gaebler-Uhing C, Hoffmann RG, Li S-H, Basir MA. Supplemental written information improves prenatal counseling: a randomized trial. *Pediatrics* 2012; 129(5): e1269-1274.
  23. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, others. Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian J Med Res* 2009; 129(5): 603.
  24. Rasid ZM, Parish TS. The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence* 1998; 33(129): 99-101.
  25. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014; 41(4): 384-94.

26. Delaram M, Soltanpour F. The Effect of Counseling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous Women at the Time of Admission for Labor. *Zahedan J Res Med Sci* 2012;14(2):61-5. (Persian)
27. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol* 2000;12(2):157-75.

## THE EFFECT OF SUPPORTIVE COUNSELING ON REDUCING THE ANXIETY OF WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH

Mahdiye Moghadasi<sup>1</sup>, Zhila soltanahmadi<sup>2</sup>, Mansore Azizzadeh Forozi<sup>3</sup>, Ali Mahdizadeh<sup>4</sup>, Yonus Jahani<sup>5</sup>

Received: 12 Jan, 2016; Accepted: 16 Mar, 2016

### Abstract

**Background & Aims:** Infant health and its consequences are the main concerns of women at risk of preterm birth, which can cause maternal anxiety. Some interventions can be effective on reducing the anxiety. This study was aimed to determine the effect of supportive counseling on the anxiety of women at risk of preterm birth.

**Materials and Methods:** This clinical trial study was performed on 88 women (43 in intervention group, and 45 in control group) at risk of preterm birth. The intervention was inclusive supportive counseling program, performed after determining the level of maternal anxiety by Spielberger Anxiety Questionnaire. After intervention, maternal anxiety was determined as well. The data were analyzed by Fisher's exact test, Mann-Whitney and also by using the SPSS-22 software.

**Results:** In the intervention group, the findings revealed that supportive counseling decreased significantly trait and situational anxiety. In the control group, trait anxiety increased briefly, but situational anxiety reduced. The mean difference between the two groups was significant statistically.

**Conclusion:** Supportive counseling can significantly reduce maternal anxiety in women at risk of preterm birth. Therefore, it is recommended that health care personnel take into account supportive counselling sessions to reduce anxiety and to provide safe labor condition.

**Keywords:** Maternal anxiety, Preterm birth, Supportive counseling

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, Haft Bagh Blve, Kerman, Iran

**Tel:** (+98) 34-31325219

**Email:** J\_soltanahmadi@kmu.ac.ir

<sup>1</sup> MSc student of counselling in Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Faculty of Nursing and Midwifery, Haft Bagh Blve, Kerman, Iran

<sup>2</sup> Instructor, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Faculty of Nursing and Midwifery, Haft Bagh Blve, Kerman, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Faculty of Nursing and Midwifery, Haft Bagh Blve, Kerman, Iran

<sup>4</sup> Psychiatrist, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Afzalipour Hospital, Kerman, Iran

<sup>5</sup> Assistant professor, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Faculty of Public Health