

## تأثیر مشاوره گروهی بر تجربه بارداری زنان باردار شکم اول: یک مطالعه مداخله‌ای

شیما کیا<sup>۱</sup>, حمیده محدثی<sup>۲\*</sup>, حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۲/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مادران در دوران بارداری دستخوش تغییرات جسمی و روانی قابل توجهی می‌شوند که باعث تجربیات خوشایند و ناخوشایندی می‌شود به خصوص اگر اولین تجربه بارداری آنان باشد. لذا، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر تجربه بارداری زنان شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۷-۹۸ انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی بود. هشتاد مادر نخست باردار که دارای معیارهای ورود و خروج مطالعه بودند، به صورت در دسترس از مراکز بهداشتی درمانی ارومیه به صورت تصادفی در سه سطح اجتماعی برخوردار، کم برخوردار و حاشیه‌نشین شهر انتخاب شده و در دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و مداخله (۴۰ نفر) قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های دموگرافیک-طی، سلامت عمومی (GHQ-28)، تجربه بارداری (PES) توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. هر دو گروه مراقبت‌های روتین مراکز بهداشت را دریافت کردند. به گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های روتین، ۶ جلسه مشاوره گروهی دو ساعته طی شش هفته ارائه شد. در نهایت پس از گذشت دو هفته از اتمام مداخله، پس آزمون تکمیل گردید. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ و آزمون‌های شاپیرو-ولکس برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، تی می‌باشد. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمره تجربه کل بارداری، قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۵/۸۳ و در گروه کنترل ۱۷/۲۸ می‌بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ ). با این حال، بعد از مداخله در گروه مداخله ۴۱/۸ و در گروه کنترل ۱۷/۹۵ می‌بود که تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره تجربه خوشایند بارداری قبل از مداخله در گروه مداخله ۲۷/۷۳ و گروه کنترل ۳۱/۴۷، که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ ) ولی بعد از مداخله در گروه مداخله ۴۱/۹۵ و در گروه کنترل ۳۲/۹۲ بود که تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره تجربه خوشایند بارداری در قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۱/۹۰ و در گروه کنترل ۱۴/۲ بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P > 0.05$ ).

**یافته‌ها:** دو گروه به لحاظ متغیرهای زمینه‌ای همسان بودند. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمره تجربه کل بارداری، قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۵/۸۳ و در گروه کنترل ۱۷/۲۸ می‌بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ ). با این حال، بعد از مداخله در گروه مداخله ۴۱/۸ و در گروه کنترل ۱۷/۹۵ می‌بود که تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره تجربه خوشایند بارداری در قبل از مداخله در گروه مداخله ۲۷/۷۳ و گروه کنترل ۳۱/۴۷، که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ ) ولی بعد از مداخله در گروه مداخله ۴۱/۹۵ و در گروه کنترل ۳۲/۹۲ بود که تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره تجربه خوشایند بارداری در قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۱/۹۰ و در گروه کنترل ۱۴/۲ بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P > 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** مشاوره گروهی باعث کاهش ناراحتی‌ها و افزایش تجربیات خوشایند دوران بارداری می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی درمانی، مشاوره گروهی برای خوشایند سازی دوران بارداری توسط مشاورین مامایی همراه با مراقبت‌های روتین انجام گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی، تجربه بارداری، مادران نخست باردار

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۵۹، دی ۱۴۰۱، ص ۸۱۸-۸۰۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۳۷۸۵۶۴۴۹

Email: h.mohaddesi.han@gmail.com

### مقدمه

مدیریت نشوند، تبدیل به یک بحران طولانی‌مدت می‌شود که استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌شود(۲). تجربه هر زن از بارداری با تجربه سایر زنان متفاوت است و در هر زن بارداری کنونی، با بارداری بعدی و قبلی او فرق دارد. به عبارتی با باور به اصل منحصر به فرد بودن هر یک از آدمیان، بارداری هم در چارچوب این زنان، بارداری یک بحران موقعیتی است و در مواردی که به خوبی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسؤول)

<sup>۳</sup> استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دوران بارداری می‌توان به افزایش نقش دلستگی بین والدین با جنین اشاره کرد (۱۳). رابطه دلستگی مادر و جنین می‌تواند به عنوان یک مدل از روابط متقابل دیده شود، این رابطه که قبل از تولد نوزاد برای مادر با عشق آغاز می‌شود شامل صمیمیت و همدلی خاصی است که به طور مرموزی در رحم زن ایجاد می‌شود، بیشتر زنان باردار رابطه خود با جنینشان را یک رابطه فعال متقابل و رضایت‌بخش توصیف می‌کنند (۱۴). به طور کلی زنان باردار به منظور تسهیل و به دست آوردن تعادل روحی-روانی دوران بارداری و تطابق با احساسات و سازگاری با نقش مادری به حمایت اجتماعی از جانب اعضای خانواده، دوستان و متخصصین بهداشتی نیاز دارند (۱۵). حمایت خانواده نقش مهمی در حاملگی و زایمان دارد، این حمایت کمک می‌کند تا زنان در طول دوره استرس‌زای بارداری احساس دوست داشته شدن و آرامش داشته باشند (۱۶)، و سهم مهمی در بهبود وضعیت عاطفی و سازگاری‌شان با نقش مادری خواهد داشت (۱۷). حمایتها و مشاوره ماما نیز با تکیه بر باورها و عقاید مذهبی مادر باردار به حمایت معنوی و القای امید در مادر می‌پردازد تا وی بتواند با استفاده از نیروی معنویت به کاهش اضطراب بارداری و زایمان پردازد و با ترس و نگرانی خود مقابله کند (۱۸). مطالعات بسیاری بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با مشکلات دلالت دارند (۱۹، ۲۰). نتایج مطالعه مختاریان و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از آن است که آموزش‌های دوران بارداری بر مبنای آموزه‌های دینی موجب افزایش آگاهی مادران باردار در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و شیردهی می‌شود، به نظر می‌رسد با استفاده از روش‌هایی مثل آموزش دین‌داری و با تقویت آگاهی‌های مذهبی، درجه قدرتمند نمودن روح و روان و اعتماد به نفس زنان باردار، بتوان به مادر باردار کمک کرد تا بتواند با حداقل سلامت در برابر اضطراب‌های دوران بارداری مقابله نموده و دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان اینمی را پشت سر بگذارد (۲۱).

انجام مشاوره‌های دوران بارداری به عنوان بخشی از مراقبت‌های زنان باردار جزء جدایی‌ناپذیر خدمات بهداشتی می‌باشد. مشاوره فرآیندی تعاملی میان مشاور و مراجع است که منجر به تغییراتی در یک یا تمام حیطه‌های رفتار، ساختار شخصی، توانایی برای تطابق و تصمیم‌گیری می‌شود. به نظر ماهر (۱۹۶۹) مشاوره گروهی یک تجربه اجتماعی است که در آن موانع رشد و نگرش‌های افراد گروه در یک محیط امن و مطمئن بررسی می‌شود. مشاوره گروهی موجب می‌گردد که فرد خود را بدان گونه که هست پیدا کند و رابطه خود را با دیگران گسترش دهد (۲۲). لذا با توجه به اینکه نگرانی‌ها و استرس‌های دوران بارداری تأثیرات مخربی مانند افسردگی بعد از زایمان بر مادران بر جای می‌گذارد و با توجه به اینکه مطالعات نشان

عاطفی و شرایط جسمی متفاوتی برای هر فرد روی می‌دهد. عواملی نظری سن مادر، میزان تحصیلات وی و وضعیت اقتصادی مادر در کسب تجربه مادر، تأثیر به سزاگی دارند، ازین‌رو جای شگفتی نیست که هر یک از زنان با این فرایند در زندگی خود به گونه خاصی مواجه شده و با بارداری به نحو خاصی کنار آید (۳).

تجربه بارداری، همراه با تغییرات جسمی و روانی همراه آن در زندگی زنان، بر تمام ابعاد زندگی، از جمله رفاه روانی می‌گذارد (۴). زنان در طی دوران بارداری تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک متفاوتی را تجربه می‌کنند که باعث عدم ثبات عاطفی در آن‌ها می‌شود (۵)، معمولاً تجربه بارداری به صورت تجربیات شادی (حرکت کردن جنین، صحبت با همسر، خانواده همسر و خود در مورد نام نوزاد، نظرات در رابطه با ظاهر خانم باردار، احساسات معنوی در بارداری، حمایت از سوی دیگران در بارداری، گفتگو با همسر در مورد بارداری و زایمان، بازگو کردن تجربه دیگران از لبیر و زایمان، مراقبت از نوزاد، فکر کردن در مورد ظاهر نوزاد و غیره) نمایان می‌شود و تجربیات ناراحت‌کننده (کاهش صمیمیت جسمی، خواب ناکافی، رانندگی کردن، فکر کردن در مورد اینکه آیا نوزاد سالم است یا نه، ناراحتی‌های شایع بارداری، ناراحتی در مورد نشانه‌های بدنی، توانایی انجام کارهای عادی یا سخت و غیره) می‌باشد (۶، ۷). تجربه شادی و ناراحتی در طول سه‌ماهه اول به وسیله عواملی مانند زندگی روزمره، ارتباط مؤثر با جامعه و اطرافیان تعیین می‌شود استرس‌های روانی خاصی ایجاد می‌کند که به وسیله تجاری نظیر تهوع، سرگیجه، سردرد و بی‌اشتهاای مشخص می‌شود. در سه‌ماهه دوم زنان باردار به تدریج با وضعیت فیزیولوژیک و تغییرات روان‌شناختی خود سازگار می‌شوند و با پیشرفت بارداری حدود ماه چهارم حرکات جنین به وسیله مادر احساس می‌شود که این تجربه‌ای هیجان‌آور و لذت‌بخش برای اکثر زنان است. با تزدیک شدن به زایمان در سه‌ماهه سوم ترس و اضطراب افزایش یافته و زن باردار مجددًا شروع به تجربه اضطراب و علائم جسمانی همراه آن می‌نماید (۸).

یکی از مشکلات عده‌ای که ماماها به عنوان عضوی از تیم مراقبان بهداشتی با آن مواجه می‌شوند و همواره شاهد آن هستند وجود استرس در زنان باردار است (۹). تقریباً ۲۵ درصد زنان در دوران بارداری خود درجه‌های از استرس را تجربه می‌کنند (۱۰). نتایج یافته‌های مختلف حاکی از آن است که در سه‌ماهه اول و سوم، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب، گاهی به عنوان یک مکانیزم طبیعی، برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد، اما نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیمارگونه به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روان مادر را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱، ۱۲). از روش‌های افزایش تجربه شادی در

عدم رخ دادن حادثه استرس‌زای شدید طی ۶ ماه گذشته، داشتن تلفن همراه و معیارهای خروج (بروز هرگونه مشکل یا بیماری خاص در بارداری فعلی نظیر پره اکلامپسی، دیابت، آنی، داشتن بارداری پرخطر، رخ دادن حادثه استرس‌زای شدید در طی مداخله، عدم شرکت مادران در جلسات بیش از دو جلسه و یا عدم تمایل به ادامه همکاری) از مراکز بهداشتی-درمانی ارومیه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت تصادفی ساده بود که در نمونه‌گیری ابتدا لیست مراکز بهداشتی-درمانی شهری ارومیه، از مرکز بهداشت شهرستان تهیه شد. سپس مراکز فوق با نظر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ارومیه بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه گروه برخوردار، کم برخوردار و حاشیه شهر تقسیم‌بندی شد، سپس نام مراکز از هر گروه در برگه‌های جداگانه نوشته شده و داخل کیسه‌ای قرار داده شده و به روش قرعه‌کشی (تصادفی ساده) از بین آن‌ها از هر گروه دو مرکز انتخاب شد. با قرعه‌کشی در هر سطح یک مرکز به گروه کنترل و یک مرکز به گروه مداخله اختصاص یافت و سپس نمونه‌ها با توجه به نسبت جمعیت تحت پوشش زنان نخست باردار مراکز بهداشتی-درمانی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و حجم نمونه از هر مرکز به صورت سهمیه‌بندی و بر اساس معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها و با دادن فرآخوان و دعوت با استفاده از شماره تماس مراجع در مرکز از مراکز انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه‌ها، شرایط مطالعه توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از مادران اخذ شد، سپس پرسشنامه دموگرافیک و مامایی محقق ساخته، پرسشنامه تجربه بارداری و پرسشنامه GHQ-۲۸ (جهت ارزیابی معیار ورود) توسط مادران هر دو گروه قبل از مداخله تکمیل شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی شامل: سن مادر و همسر، سطح تحصیلات مادر و همسر، شغل مادر و همسر، وضعیت اقتصادی و وضعیت بارداری و مامایی از جمله سن بارداری، جنس‌جنین و توافق برای بارداری بود. پرسشنامه ۴۱ سؤالی تجربه بارداری در سال ۲۰۰۲ توسط دیپیترو و همکاران<sup>۱</sup> طراحی گردیده است (۲۸) که برای ارزیابی شادی و ناراحتی مادر باردار ساخته شده است و به تجارب خاص دوران بارداری از پرسشنامه ۰ تا ۳ نمره می‌دهند که آن‌ها را به عنوان احساس شادی، مثبت (شادی) و یا احساس غمگینی، منفی (ناراحتی) تجربه کرده‌اند. تجارب بارداری از نظر تعداد وقوع و شدت خوشبینی و ناخوشابیندی محاسبه می‌شود. سپس نسبت ناراحتی به شادی به عنوان استرس برسی می‌شود. درصورتی که این نسبت بیشتر از یک باشد، بارداری به عنوان تجربه استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود، که در این مطالعه، میانگین نمرات

می‌دهند که اضطراب و نگرانی در پدران و مادرانی که برای بار اول بارداری را تجربه می‌کنند، بیشتر است می‌توان بر اهمیت نقش آموزش ماماها در کاهش ترس و نگرانی‌های دوران بارداری زوجین، خصوصاً افرادی که برای اولین بار بارداری را تجربه می‌کنند، پی‌برد (۲۴، ۲۳). بارداری، برای مادران علی‌رغم یک تجربه شخصی، عاطفی و نشان‌دهنده یک رویداد بزرگ در طول زندگی است و زنان می‌باشند (۲۵)، افزایش توجه به عواطف مثبت و سازنده در زندگی زنان باردار، سبب تجربه کردن هیجان‌های مثبت می‌شود و احساسات مثبت و تجربه موارد مثبت سبب بهبود وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و کاهش پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی و نیز آسیب‌پذیری آنان نسبت به پیدایش دوباره اختلال‌ها در شرایط دوران بارداری از لحاظ تجربه موارد خوشایند و ناخوشایند و انجام مداخلات مشاوره‌ای بهخصوص در مادرانی که برای اولین بار این رخداد فیزیولوژیک را تجربه می‌کنند در مروء متون یافت نشد. محققین را بر آن داشت تا مداخله‌ای در جهت خوشایند سازی این دوران، باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر تجربه بارداری زنان شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی ارومیه در سال ۱۳۹۷-۹۸ طراحی و ارائه نمایند.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با کد (Ir.umsu.rec.1397.479) مصوب کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کد (IRCT20151004024340N17) IRCT باشد. حجم نمونه با مراجعه به مطالعه شکوری و همکاران (۲۷) که تغییر در میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله  $2/2 \pm 0/4$  و در گروه کنترل  $2/1 \pm 0/3$  می‌باشد و با توان آزمون  $80$  درصد و اطمینان  $95$  درصد تعداد  $80$  زن نخست باردار با احتساب ریزش  $10$  درصدی در مطالعه،  $40$  نفر برای هر گروه وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود (رضایت برای ورود به مطالعه، تبعیت ایرانی و ساکن شهر ارومیه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکل گفتاری، سن بارداری  $28$  هفته، سن بین  $18\text{--}35$  سال، کسب نمره زیر  $23$  از پرسشنامه<sup>۱</sup> GHQ-۲۸)، شکم اول، نداشتن سابقه بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون، بیماری کلیوی) یا مصرف داروی خاص، حاملگی تک قلویی، عدم سابقه نازایی، خواسته بودن بارداری،  $BMI < 25$ . داشتن مراقبت‌های پری ناتال منظم،

<sup>1</sup> General Health Questionnaire (GHQ-28)

برش برای کل آزمون ۲۳ می‌باشد، به این معنا که به هر میزان نمره کل آزمون از ۲۳ بیشتر باشد سلامت روان کاهش می‌یابد. این پرسشنامه به عنوان معیار ورود مورداستفاده قرار گرفته است. کالمن و ویلسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) (۳۲) به منظور سنجش روایی و پایایی پرسشنامه (GHQ-۲۸) بر روی ۱۰۱ نفر آزمون انجام داده و ضریب روایی ۶۹ درصد گزارش شده است. این پرسشنامه همچنین در بررسی ملکوتی و همکاران (۱۳۸۳) (۳۳) ضرایب پایایی مطلوبی اعم از آلفای کرونباخ ۹۴ درصد، آزمون بار آزمون ۰/۶ به دست آمد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین مرکز را دریافت کرده و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های روتین وارد جلسات مشاوره‌ای مربوط به مطالعه شد، مداخله موردنظر که در اتاق مشاوره مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه صورت گرفت، طی ۶ جلسه دوساعته هفت‌مایی یکبار به صورت گروهی و زوجی (در دو جلسه در هفته‌های ۳۱ و ۳۰ (در مورد دلستگی و حمایت اجتماعی)) و بر اساس محتوای آماده شده از کتب علمی معتبر طی جلساتی که در جدول ۱ طراحی شده برگزار شد.

همچنین محقق در فواصل بین جلسات با استفاده از پیامک و امکانات فضای مجازی سعی در یادآوری مطالعه جهت انجام به موقع تکالیف، ایجاد انگیزه در همکاری بیشتر جهت اجرای مداخله و پاسخگویی به سوالات مادران باردار در طول مداخله انجام می‌داد پس از گذشت دو هفته از جلسه آخر پرسشنامه پس آزمون برای هر دو گروه تکمیل شد. نتایج این مطالعه با استفاده از SPSS-21 و آزمون‌های آماری کای دو و تست دقیق فیشر (جهت بررسی داده‌های کیفی)، تی مستقل (جهت بررسی داده‌های کمی)، تی زوجی، آنالیز کوواریانس چند متغیره (جهت بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته) با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

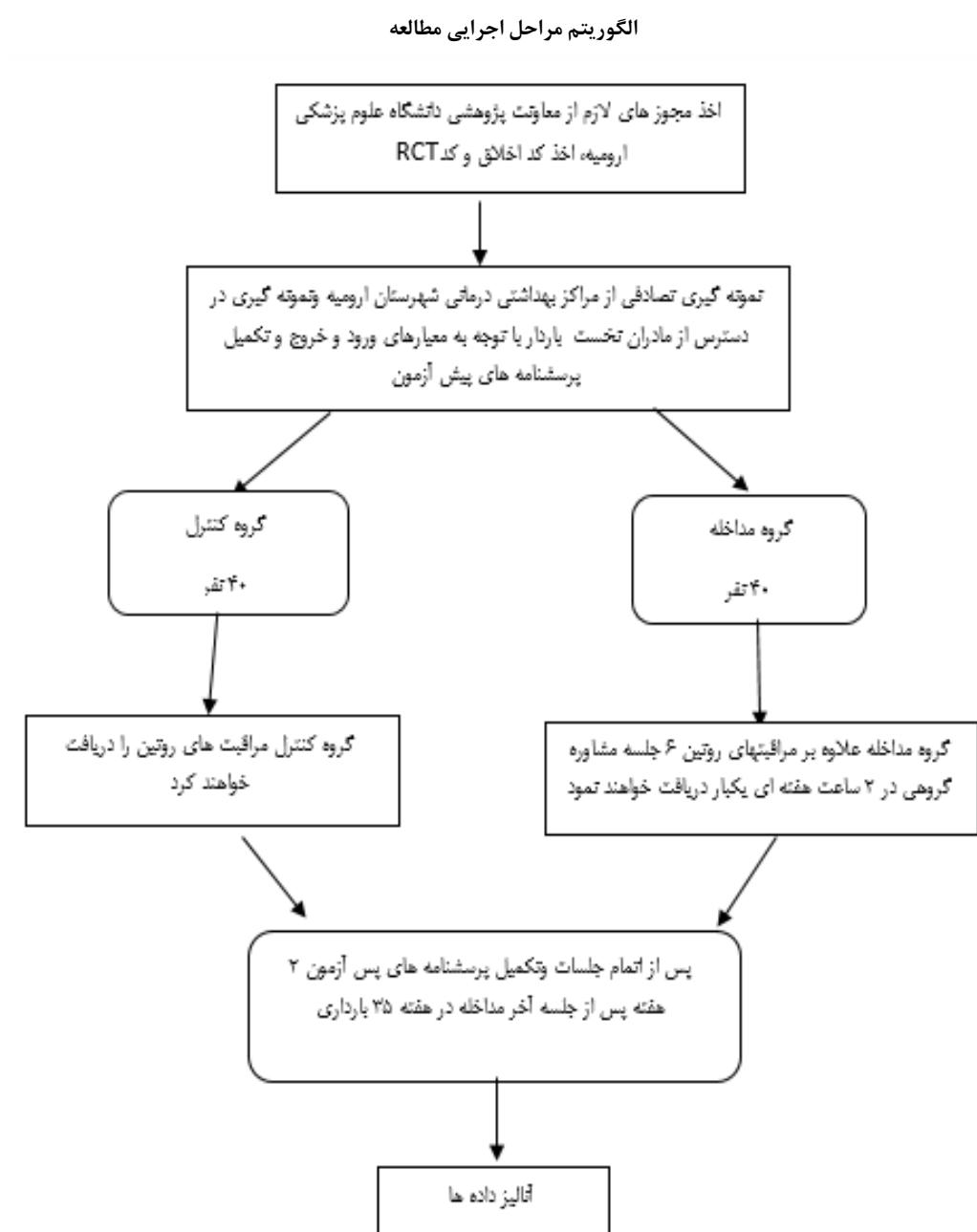
خوشایندی، ناخوشایندی و تفاضل خوشایندی از ناخوشایندی به عنوان نمره کل تجربه بارداری در نظر گرفته شد. دیپترو و همکاران (۲۰۰۴) پایایی درونی پرسشنامه ۴۱ سوالی تجربه بارداری را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ (بعد خوشایند) تا ۰/۹۵ (بعد ناخوشایند) گزارش کردند؛ ضمناً همبستگی بین چند مرحله اجرا ۰/۵۶ تا ۰/۸۳ درصد گزارش شده است. این نتایج نشان از پایایی این پرسشنامه دارد. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش روابی ملاک موردنرسی قرار گرفت (۲۹). روایی و پایایی پرسشنامه ۴۱ سوالی در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۰) سنجیده شده است. آلفای کرونباخ در تجربه خوشایندی و ناخوشایندی برابر ۹۲-۹۴ درصد و ۷۱-۹۳ درصد است. روایی ساختاری پرسشنامه PES با تحلیل عاملی تأیید شد. پرسشنامه تجربه بارداری در هر سه‌ماهه بارداری از همسانی درونی بالا، روایی همزمان و ساختاری و اعتبار بازآزمایی خوبی برخوردار است. پرسشنامه (GHQ-۲۸) توسط هیلیر و گلدبیرگ<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) (۳۱) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریشی تدوین و تنظیم گردیده است. که به طور وسیعی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی غیر روان پریشی و غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. این پرسشنامه می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. پرسشنامه (GHQ-۲۸) دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارت‌اند از علائم جسمانی (سوالات ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (سوالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سوالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سوالات ۲۲ تا ۲۸). برای جمع‌بندی نمرات به گزینه اصلانه صفر، در حد معمول نمره ۱، بیش از حد معمول نمره ۲، و خیلی بیشتر از معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی بالاتر از ۱۴ برای هر خرد-مقیاس قابل بحث است و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره‌ی

جدول (۱): چارچوب و محتوای جلسات مشاوره‌ای

شماره جلسه	محتوی جلسه
جلسه اول	معرفه و برقراری ارتباط مؤثر اولیه، تشریح برنامه‌ها، معرفی اهداف جزئی و کلی توضیح تغییرات فیزیولوژیک (جسمی-روانی) دوران بارداری و تأثیر آن بر روح و جسم زنان، اطلاعات رشدی جنین و اطلاعاتی در مورد تجربیات بارداری و عوامل مؤثر بر آن که به صورت
(۲۸) گروهی به مادران	

<sup>2</sup> Kalman and Wilson<sup>1</sup> Hilir and Goldberg

<p>بیان خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده در جلسه قبل به کمک مادران، توضیحاتی در مورد استرس و اضطراب دوران بارداری، عوامل و راهکارهای مؤثر در جهت کاهش استرس و اضطراب دوران بارداری و کسب تجربیات شادی مثل (مدیریت استرس، آموزش و تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس عمیق شکمی و شنیدن موسیقی آرامبخش) با استفاده از فیلم و پوستر مرتبط جهت ایجاد انگیزه ارائه چکلیست برای تکلیف خانه و اختتام جلسه</p>	جلسه دوم ۲۹ ( هفتة )
<p>بررسی تکالیف انجام شده و بیان خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده در جلسه قبل به کمک مادران، مشاوره زوجی با حضور همسران زنان باردار درباره اهمیت دوران بارداری-تغییرات فیزیکی-عاطفی و هیجانی زنان باردار</p>	جلسه سوم ۳۰ ( هفتة )
<p>توضیح تفضیلی درباره فایده، اهمیت و نحوه شکل گیری دل‌بستگی مادر و پدر به جنین و اجرای عملی افزایش رفتارهای دل‌بستگی در کلاس مشاوره مثل (شنیدن صدای قلب، شمارش حرکات و ثبت آن، تصور شکل ظاهری جنین به شکل مثبت و غیره)، استفاده از فیلم و پوستر مرتبط جهت ایجاد انگیزه</p>	جلسه سوم ۳۰ ( هفتة )
<p>ارائه چکلیست و تنظیم تکلیف رفتارهای افزایش دل‌بستگی برای تمرین در خانه و اختتام جلسه</p>	
<p>بررسی تکالیف انجام شده و بیان خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده در جلسه قبل به کمک مادران</p>	
<p>مشاوره زوجی با حضور همسران زنان باردار و تعریف و مفهوم حمایت اجتماعی، اطلاعاتی در مورد آسیب‌هایی که در صورت عدم دریافت حمایت اجتماعی به زنان باردار می‌رسد، مزایای دریافت حمایت اجتماعی و نقش حمایت همسر و اطرافیان بر تغییرات روانی و ارتقای سلامت روان دوران بارداری</p>	جلسه چهارم ۳۱ ( هفتة )
<p>تبیین وظایف شوهر در دوران بارداری، برخورد همراه با سعه صدر با زن باردار به علت تغییرات خلقی ایجاد شده در اثر بارداری، ایجاد فضای به دور از تنش در منزل، اختصاص ساعتی بیشتر در منزل و پرداختن، اهمیت ندادن به جنسیت جنین و تمرکز بر سلامت مادر و جنین و غیره با استفاده از فیلم و پوستر مرتبط جهت ایجاد انگیزه</p>	
<p>ارائه چکلیست برای تکلیف خانه و اختتام جلسه</p>	
<p>بررسی تکالیف انجام شده و بیان خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده در جلسه قبل به کمک مادران</p>	
<p>بررسی اهمیت معنویت و انجام تکالیف دینی، اهمیت دوران بارداری از دیدگاه اسلام و آموزش مکانیسم‌های آرام‌سازی هنگام نگرانی و اضطراب و اثربخشی صحبت با خدا و نیایش و دعا و نقش دین‌داری در کاهش آن و در این جلسه از مادران خواسته شد تا تجربیات خود را در این جلسه برای سایرین بازگو نمایند.</p>	جلسه پنجم ۳۲ ( هفتة )
<p>ارائه چکلیست برای تکلیف خانه از جمله انجام (تمرينات آرام‌سازی عضلانی، خواندن ادعیه و خواندن آیات قرآن ۴۰ دقیقه در روز) و اختتام جلسه</p>	
<p>بررسی تکالیف جلسات قبل</p>	جلسه ششم ۳۳ ( هفتة )
<p>جمع‌بندی و مرور مطالب همراه با زنان باردار و ارائه توضیحاتی در مورد آمادگی برای زایمان، عوامل ترس از درد زایمان و چگونگی غلبه بر آن، خلاصه بندی و اختتام جلسه</p>	



حاشیه شهر هستند، ۳۲/۵ درصد از خانواده‌های کم برخوردار هستند و ۳۲/۵ درصد از خانواده‌های برخوردار هستند. تمامی شرکت‌کنندگان هر دو (پدر و مادر) در خصوص داشتن فرزند توافق داشتند. در بررسی مشخصات کمی و کیفی (جداول ۲ و ۳) نتایج آزمون‌های آماری حاکی از همسان بودن گروه‌ها می‌باشد.

#### یافته‌ها

در این پژوهش ۸۰ مادر باردار واحد شرایط وارد مطالعه شدند، ۴۰ نفر در گروه کنترل و ۴۰ نفر مداخله که در نمونه‌ها ریزشی نداشتم، بر اساس یافته‌های توصیفی ۳۵ درصد از پاسخگویان ساکن

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی و ایندکس پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی		گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
P	t	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	
0/۶۹۸	-0/۳۹	۴/۵۰	۲۴/۵۵	۵/۲۳	۲۴/۹۸	سن مادر (سال)
0/۱۴۳	1/۴۷	۷/۲۷	۳۰/۷۲	۴/۴۹	۲۸/۷۲	سن پدر (سال)
0/۲۳۳	0/۲۰۲	۰/۵۵	۲۷/۹۵	۰/۵۶	۲۷/۸۰	سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی
0/۰۹۶	1/۶۸۶	۰/۳۵	۲۸/۲	۰/۳۰	۲۷/۹۰	سن بارداری بر اساس سونوگرافی
0/۲۷۱	-1/۱۰۸	۶/۹۷	۶۰/۶۵	۷/۷۳	۶۲/۴۸	وزن مادر
0/۲۶۳	-1/۱۱۳	۲۲/۷۵	۲۱/۶۳	۱/۸۲	۲۲/۱۸	BMI

جدول ۳. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی و ایندکس پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون کای دو	گروه مداخله				گروه کنترل		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
X <sup>2</sup> =1/۲۷	۳۲/۵	۱۳	۳۲/۵	۱۳	زیر دیپلم		
df=۲	۲۰	۸	۳۰	۱۲	دیپلم	تحصیلات مادر	
P=0/۵۳	۴۷/۵	۱۹	۳۷/۵	۱۵	لیسانس و بالاتر		
X <sup>2</sup> =0/۱۵۷	۷/۵	۳	۱۰	۴	شاغل		
df=۱	۹۲/۵	۳۷	۹۰	۳۶	خانهدار	شغل مادر	
P=0/۵۰							
X <sup>2</sup> =2/۵۸	۲۵	۱۰	۱۲/۵	۵	دخل کمتر از خرج		
df=۲	۷۰	۲۸	۸۵	۳۴	دخل برابر خرج	وضعیت اقتصادی	
P=0/۲۷	۵	۲	۲/۵	۱	دخل بیشتر از خرج		
X <sup>2</sup> =0/۲۹	۸۰	۳۲	۷۵	۳۰	بله	تمایل به انجام زایمان	
df=۱						طبیعی	
P=0/۵۹	۲۰	۸	۲۵	۱۰	خیر		
X <sup>2</sup> =0/۱۸	۵۲/۵	۲۱	۴۲/۵	۱۷	دختر	جنسیت جنین	
df=۱	۴۷/۵	۱۹	۵۷/۵	۲۳	پسر		
P=0/۳۸							

آن تقریباً ثابت بود و تفاوت معناداری نداشت ( $17.95 \pm 17.28$ ) (جدول ۴). همچنین میانگین تجربه خوشایند بارداری بعد از مداخله در گروه مداخله ( $10.27 \pm 4.195$ ) که با مرحله قبل از مداخله مشاوره‌ای ( $9.51 \pm 27.73$ ) تفاوت معناداری دارد؛ میانگین نمره‌ی تجربه‌ی ناخوشایند در مرحله‌ی قبل از مداخله در گروه مداخله مداخله در گروه مداخله ( $11.90 \pm 11.04$ ) و میانگین تجربه ناخوشایند بارداری بعد از مداخله در گروه مداخله ( $16.58 \pm 0.16$ ) می‌باشد که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ( $P < 0.05$ ).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های آماری میانگین نمره‌ی پرسشنامه تجربه بارداری و ابعاد آن قبل از مداخله در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین تجربه کل بارداری بعد از مداخله مشاوره‌ای در گروه مداخله ( $41.8 \pm 10.22$ ) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل ( $27.66 \pm 17.95$ ) بود؛ همچنین نسبت به نمره‌ی قبل از مداخله در گروه مداخله نیز افزایش معناداری پیدا کرده بود در مقابل میانگین نمره‌ی بعد از مداخله در گروه کنترل نسبت به نمره‌ی قبل از مداخله

**جدول (۴): آماره‌های توصیفی و مقایسه میانگین‌های نمرات خوشایندی، ناخوشایندی و تجربه کل بارداری بین گروه کنترل و مداخله**

		بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
تجربه خوشایند بارداری		۱۰/۲۷	۴۱/۹۵	۹/۵۱	۲۷/۷۳	مداخله	
کنترل		۱۸/۸۸	۳۲/۹۲	۱۵/۱۳	۳۱/۴۷	کنترل	
تجربه ناخوشایند بارداری		۰/۵۸	۰/۱۶	۱۱/۰۴	۱۱/۹۰	مداخله	
کنترل		۱۱/۲۴	۱۴/۹۸	۱۰/۷۵	۱۴/۲	کنترل	
تجربه کل بارداری		۱۰/۲۲	۴۱/۸	۱۷/۵۹	۱۵/۸۳	مداخله	
کنترل		۲۷/۶۶	۱۷/۹۵	۲۳/۵۶	۱۷/۲۸	کنترل	

گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $t=-6/69$ ,  $df=39$ ,  $P<0.01$ ), تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $t=-6/69$ ,  $df=39$ ,  $P<0.01$ )، تفاوت میانگین درون گروهی قبل و بعد از مداخله در نمره تجربه خوشایند بارداری در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $t=-6/10$ ,  $df=39$ ,  $P<0.01$ ) و تفاوت میانگین درون گروهی قبل و بعد از مداخله در نمره تجربه خوشایند بارداری در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $t=-6/72$ ,  $df=39$ ,  $P<0.01$ ).

برای ارزیابی اثر مداخله بر روی خوشایندی، ناخوشایندی و تجربه کل بارداری از آنالیز کوواریانس استفاده شد که نتایج حاصل از این تحلیل (جدول ۵)، نشان می‌دهد بین میانگین نمرات گروه مداخله با گروه کنترل در تجربه کل بارداری، خوشایند و ناخوشایند تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P\leq0.01$ ). همچنین تفاوت میانگین درون گروهی قبل و بعد از مداخله در نمره تجربه کل بارداری در

**جدول ۵. جدول آنالیز کوواریانس نمره خوشایندی، ناخوشایندی و تجربه کل بارداری**

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	متغیرها
.0/۱	۵۷/۰۶	۱۴۴۳۷/۵۸	۱	۱۴۴۳۷/۵۸	نمره قبل	
.0/۱	۴۸/۵۴	۱۲۲۸۴/۰۴	۱	۱۲۲۸۴/۰۴	گروه (مداخله)	نمره تجربه کل بارداری
---	---	۲۵۳/۰۵	۷۷	۱۹۴۸۴/۷۲	خطا	
			۸۰	۱۱۶۷۰۰	کل	
.0/۱	۵۴/۶۷	۷۴۸۴/۷۵	۱	۷۴۸۴/۷۵	نمره قبل	
.0/۱	۲۰/۳۴	۲۷۸۴/۲۳	۱	۲۷۸۴/۲۴	گروه (مداخله)	تجربه خوشایند بارداری
---	---	۱۳۶/۹۱	۷۷	۱۰۵۴۱/۹۳	خطا	
---	---	---	۸۰	۱۳۱۷۸۱	کل	
.0/۱	۶۰/۷۷	۲۱۷۹/۸۳	۱	۲۱۷۹/۸۳	نمره قبل	

تجربه بارداری	ناخوشایند	گروه (داخله)	۳۷۱۶/۳۲	۱	۳۷۱۶/۳۲	۰/۰۱	۱۰۳/۵۹	۳۷۱۶/۳۲
خطا			۲۷۶۲/۲۴	۷۷	۳۵/۸۷	---	---	---
کل			۱۳۹۱۳	۸۰	---	---	---	---

(۳۸) که مغایر با نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌باشد، این مغایرت می‌تواند به علت تفاوت در فردی آموزش دهنده و نحوه و مدت زمان مداخله در این مطالعه باشد. در صورتی که در مطالعه حاضر مشاور مامای آموزش دیده، شش جلسه مشاوره گروهی جهت کاهش استرس، اضطراب و تحریبیات ناخوشایند مادران باردار انجام داده است. در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمرات تجربه بارداری و ابعاد آن در درون گروه مداخله بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشت، لذا می‌توان نتیجه گرفت مشاوره گروهی بر افزایش تحریبیات خوشایند و کاهش تحریبیات ناخوشایند بارداری، بعد از مشاوره گروهی در مادران مؤثر بوده است، این یافته با مطالعه کراپی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد مطالعه کراپی و همکاران نشان داد که نگرانی زنان باردار در مورد زایمان و سلامت جنین، سلامت مادر و روابط خانوادگی، پس از مداخله مشاوره‌ای و دو ماه پس از آن، در گروه مداخله در مقایسه با کنترل کاهش معناداری داشته است و مشاوره می‌تواند باعث کاهش نگرانی مادران شود (۳۹). لذا می‌توان بر اهمیت نقش آموزش و مشاوره ماماها در کاهش تحریبیات ناخوشایند بارداری خصوصاً مادرانی که برای اولین بار این رخداد فیزیولوژیک را تجربه می‌کنند پی برد.

همسو با مطالعه‌ی حاضر مؤمنی و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند، مشاوره روان‌شناسختی گروهی باعث کاهش میزان اضطراب بارداری و ترس از زایمان در گروه مداخله می‌گردد (۴۰). همچنین مصطفائی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند مشاوره گروهی مثبت گرآ و موجب بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان مادران باردار گروه مداخله می‌شود (۴۱)، که در مطالعه حاضر نیز سلامت روان مادران با انجام مشاوره گروهی بهبود یافت و مداخله مؤثر می‌باشد. بهطورکلی دوران بارداری، یکی از پراسترس‌ترین دوران زندگی زن می‌باشد، تغییر در ساختار بدن، نظام خانواده و روابط بین شخصی، منجر به بروز استرس در زنان باردار می‌شود و خانواده نقش کلیدی در گذراندن این دوره پراسترس دارند، مادران باردار در کلاس‌های مشاوره‌ای اظهار کردنده حمایت خانواده بهخصوص همسر باعث کاهش استرس و نگرانی‌های دوران بارداری می‌شود، در این راستا نتایج مطالعه راشید و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) نشان داد کیفیت روابط زناشویی و حمایت اجتماعی بر پریشانی روان‌شناسختی زنان نخست

## بحث و نتیجه‌گیری

یکی از حساس‌ترین دوران زندگی یک زن، بارداری و زایمان است که منجر به ایجاد تغییرات جسمی، روانی و نقش‌های اجتماعی-خانوادگی زن می‌شود. این تغییرات می‌توانند عدم ثبات عاطفی را تقویت کرده و سبب بروز استرس و اضطراب در او گردد (۳۵، ۳۶). این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر تجربه بارداری زنان شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه انجام گرفت. نتایج نشان داد مشاوره گروهی باعث کاهش تحریبیات ناخوشایند و افزایش تحریبیات خوشایند در مادران باردار می‌شود.

در مطالعه‌ی حاضر، قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات تجربه بارداری و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ولی بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بود. لذا می‌توان نتیجه گرفت مشاوره گروهی باعث افزایش تحریبیات خوشایند و کاهش تحریبیات ناخوشایند بارداری در مادران شده و مشاوره گروهی مؤثر بوده است، این یافته با مطالعه جهدی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد، این مطالعه کار آزمایی بالینی نشان داد با توجه به همگن بودن گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله از نظر توانمندی، مراقبت گروهی با ترکیب سه جزء مراقبت شامل: ارزیابی سلامت، حمایت و آموزش بهصورت گروهی می‌تواند با افزایش آگاهی زنان باردار، درگیری آن‌ها در امر مراقبت از خود و فراهم سازی حمایت از طرف دیگران منجر به توانمندی آنان گردد (۳۶)، که در مطالعه حاضر نیز مشاوره گروهی در افزایش تحریبیات خوشایند و توانمندسازی مادران باردار مؤثر می‌باشد. علاوه بر این مطالعه ایسگات و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) که باهدف تعیین تأثیر پریشانی روان‌شناسختی در دوران بارداری بر جنین در حال رشد انجام شده بود ، نشان داد پریشانی روان‌شناسختی با عواقب منفی در فرزندان همراه است و به حداقل رساندن ناراحتی‌های مادر در دوران بارداری بسیار مهم است (۳۷).

کامبرز (۲۰۰۷) مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر آموزش آرام سازی بر کاهش استرس و اضطراب بارداری انجام داد نتایج نشان داد انجام سه جلسه آموزش آرام سازی توسط روانشناس تاثیری بر نمره استرس و اضطراب گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ندارد

<sup>1</sup> Isgut et al

<sup>2</sup> Rasheed et al

را دارند در نتیجه مادران باردار علاوه بر مراقبت‌های روتین می‌توانند از مشاوره گروهی به عنوان یک مداخله مفید و کم هزینه جهت کاهش اختلالات روانی رایج دوران بارداری کمک بگیرند. مطالعه حاضر نیز مانند مطالعات دیگر دارای محدودیت‌هایی از جمله شرکت نامنظم مادران در جلسات مشاوره‌ای بود که سعی شد با توجیه مادران، پیگیری مداوم مادران و بررسی تکالیف از طریق مجازی کنترل شود. با توجه به اینکه مشاوره گروهی در مراکز بهداشتی-درمانی بهطور جدی صورت نمی‌گیرد لذا پیشنهاد می‌شود مشاوره گروهی علاوه بر مراقبت‌های روتین در مراکز بهداشتی-درمانی توسط دانش آموختگان رشته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی ارائه خدمات کامل‌تر مشاوره در زمینه‌های مختلف سلامت روانی برای مادران باردار انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی و طرح مصوب معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه با کد (Ir.umsu.rec.1397.479) و پشتیبانی این معاونت محترم می‌باشد. لذا پژوهشگران از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و مسئولین محترم مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ارومیه و نیز مادران باردار شرکت کننده در این پژوهش که بدون مساعدت آنان امکان اجرای پژوهش فوق میسر نبود، کمال تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### References:

1. Cunningham F LKJ, Bloom S L, Hauth L, Spong C Y, Rus J. et al.. Willimas obstetrics. 2018;25thEd.
2. Rosand GM, Slanning K, Eberhard-Gran M, Roysamb E, Tambs K. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC Pub Health 2011;11(161):12.
3. Sedaghat.M, Gorbano.G. Relationship between mother's personality type and her level of consciousness in the first pregnancy. J Farhange Moshavereh Ravandarmani 2015;7(1):127-43. (persian)
4. O'Leary, K., The effect of positive psychological intervention on psychological well-being during pregnancy. Doctoral thesis 2015.
5. Azhari S, Sarani A, Mazlom S, Aghamohammadian Sherbaf H .The relationship between optimism with prenatal coping strategies. Iran J Psychiatr Nurs 2015;3(1):70-83. (persian)
6. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. Iran J Med Edu 2008;8(2):305-13.
7. Ebadi A, Kariman N, Hajifighaha M. Psychometric Properties and Validation of the Persian Translation of the Pregnancy Experience Scale-Brief Version (PES). J Rafsanjan Univ Med Sci 2016,15(9), 809-20. (persian)
8. Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a

باردار تأثیر می‌گذارد (۴۲). توانمندسازی، آمادگی جسمانی و روانی زن و همسر در بارداری با انجام مداخلاتی مانند دلستگی مادر و پدر به جنین در کاهش عوامل استرس‌زا و ناخوشایندی‌های بارداری مؤثر می‌باشد، در این راستا خداکرمی و همکاران (۱۳۹۴) و پارسا و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند مداخله‌ی مشاوره‌ای می‌تواند سبب ایجاد دلستگی بیشتر بین والد و جنین شده و تحریبه‌ی خوشایند بارداری را به دنبال داشته باشد (۴۴، ۴۳). در جلسات مشاوره‌ای مطالعه ما مادران باردار اظهار کردند معنویت و ارتباط با خدا و قرآن باعث افزایش تجربیات خوشایند و کاهش ناراحتی‌های این دوران می‌شود در این راستا نجفی ثانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند هر چه میزان مدت فعالیت‌های مذهبی و انس با قرآن در دوران بارداری بیشتر باش، سطح شادمانی بیشتر می‌شود (۴۵)، و با توجه به نتایج مطالعه حاضر انجام فعالیت‌های مذهبی در کاهش ناخوشایندی‌های دوران بارداری مؤثر می‌باشد. در مقابل فرامرزی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای باهدف تعیین ارتباط روش‌های مقابله و اضطراب با استرس خاص بارداری نشان دادند مادرانی که سطح متوسط استرس خاص بارداری بیشتری را تجربه کردند، نسبت به مادرانی که استرس خاص بارداری را تجربه نکرده بودند، میانگین اضطراب پنهانی، اضطراب آشکار و اضطراب کلی بهطور معنی‌داری بالاتر بود، اما همبستگی بین استرس خاص و روش‌های مقابله معنی‌دار نبود (۴۶). که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد زیرا در این مطالعه مداخله بر روی تجربه کل بارداری و کاهش استرس کلی مادران باردار مؤثر بوده است و فقط استرس خاص بارداری را در بر نمی‌گیرد. مادران باردار ایرانی با توجه به فرهنگ و بافت کشور استرس‌های خاص خود

5. Azhari S, Sarani A, Mazlom S, Aghamohammadian Sherbaf H .The relationship between optimism with prenatal coping strategies. Iran J Psychiatr Nurs 2015;3(1):70-83. (persian)
6. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. Iran J Med Edu 2008;8(2):305-13.
7. Ebadi A, Kariman N, Hajifighaha M. Psychometric Properties and Validation of the Persian Translation of the Pregnancy Experience Scale-Brief Version (PES). J Rafsanjan Univ Med Sci 2016,15(9), 809-20. (persian)
8. Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a

- community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstetr Gynecol* 2004;25(3-4):247-55. (Persian)
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences 11:Wolters Kluwer;2014.
  10. Loomans EM, Van Dijk AE, Vrijkotte TG, Van Eijnsden M, Stronks K, Gemke RJ, Van Den Bergh BR. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *Eur J Pub Health* 2013;23(3):485-91.
  11. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry* 2013;54(3):217-28.
  12. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs* 2008;37(3):315-28.
  13. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. A history of the theory of prenatal attachment. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2009;23(4):201-22.
  14. Campion B. Bioethics matters enjoin. *Can Cathol Bioethics* 2014;12 (2):1-4.
  15. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;16(6) :1-4.
  16. Haobijam J, Sharma U, David S. An exploratory study to assess the Family support and its effect on Outcome of Pregnancy in terms of Maternal and Neonatal health in a selected Hospital ,Ludhiana Punjab. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;6(4):137-45.
  17. 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 tandrusty* 2012;7(2):83-8. (persian)
  18. Jannati Y, Khaky N. Psychiatry in midwifery. Tehran: Jamenegar; 2015. (persian)
  19. Bussing A, Matthiessen F, Ostermann T. Engagement of patient in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SPREUKPS I.I questionnaire as a tool of quality of life research. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3(53):1-11.
  20. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2010;12(3):29-33. (Persian)
  21. Mokhtarian T, Ghodrati F. The effect of religious education related to pregnancy, childbirth and pregnancy on the level of religious knowledge of pregnant women. *Med Jurisprudence* 2016; 29(28):105-136. (persian)
  22. Mahler CA. Group counseling. *Pers Guid J* 1971;49(8):601-8.
  23. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21(4):219-24.
  24. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003;74(2):139-47.
  25. Andri Sil L, Petraglia F, Giuliani A, Sereri FM, Angioni S, Valensise H, Vannuccini S. Influence of doctor\_patient and Midwife\_patient Relationship in Quality care perception of italian pregnant women an Exploratory study. *Plos One* 2015;10(4):1-30.
  26. Alderdice E, Mcneill J, Lynn F. A systematic review of interventions to improve maternal mental health and well\_being. *Midwifery* 2013;29(4):389-99.
  27. Shakouri N, Noroozi M, Ryhani T, Tafazzoli M, Mazlom S. Effect of the "Orem Self Care Model"-based Educational-Supportive Intervention on the Anxiety of Primigravidae. *Horizon Med Sci* 2018;24(1):41-6. (persian)
  28. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, Costigan KA, Pressman EK. Maternal stress and affect influence

- fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 2002;38(5):659.
29. DiPietro JA, Ghera, M, Costigan K, Hawkins M.. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *J Psychosom Obstetr Gynaecol* 2004;25:189–201.
30. Ebrahimi S, Faramarzi M, Mirzaeian B. Assessing reliability and validity of persian version of the pregnancy experience scale (PES-41): measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Reef Resourc Assess Manag Tech Pap* 2014;40(1):305-12. (persian)
31. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
32. Kalman TP, Wilson PG, Kalman CM. Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing hemodialysis: A comparative study. *Jama* 1983;250(1):55-8.
33. Malakouti K, Salavati,M, Zandi,T. reliability, validity, factor analysis of public health measures (GHQ) 28 items in Iranian elderly. *Elderly* 2004;1(1):11-21. (Persian)
34. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(4):677-83.
35. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt M, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reprod* 2007;22(3):77-869.
36. Jahdi F, Montazeri A, balouchi M, Behboodi Moghadam Z. The impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. *J Iran Institute Health Sci Res* 2014; 13: 229-234. (Persian)
37. Isgut M, Alicia K, Reimann S, Reimann ES, Kucuk O, Ryan J. The impact of psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of mindfulness interventions. *J Perinat Med* 2017; 45(9):999–1011.
38. Chambers AS. Relaxation during pregnancy to reduce stress and anxiety and their associated complications. Arizona: The University of Arizona; 2007.
39. Karrabi R, Farjamfar M, Mortazavi F, Nazari AM, Goli Sh. [The effect of solution-focused group counseling on pregnant women's worries: A randomized clinical trial]. *Hayat* 2019; 25(1): 81-94. (Persian)
40. Momeni E, Alidostishahraki K, Taebi M, Hoseini M, Dahesh T. Effectiveness of Group Psychological Counseling on the Pregnancy Anxiety and Fear of Vaginal Delivery in the Pregnant Women: A Quasi-Experimental Study. *Crit Care Nurs* 2018;11(2):74-212. (Persian)
41. Mostafaei M, Emamghooli Khooshehchin T, Dadashi M, Mokhtari Zanjani P. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2019;30(184):61-72. (Persian)
42. Rasheed F, Sadiq U. Psychosocial Correlates of Psychological Distress among First Time Pregnant Mothers. *J Basic Appl Sci* 2017;13(1):242-7.
43. Parsa P, Saiedzadeh N, Roshanai G, Masoumi SZ. The effect of training on maternal-fetal attachment (MFA) in nulliparous women: A randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2016;16(8):593-602. (persian)
44. Khodakarami B .The Effect of spiritual counseling on depression, anxiety and stress of pregnant Women: a randomized clinical trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2016;23(4):39-53. (persian)
45. Najafisani A, Hashemiasl M, Golmakani N, Jafarnejad F. the relationship between familiarity with Quran and religious activities with happiness in Pregnant Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;40(15):24-31. (Persian)
46. Faramarzi M, Amiri FN, Rezaee R. Relationship of coping ways and anxiety with Pregnancy Specific-stress. *Pak J Med Sci* 2016;32(6):1-6.

## THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON THE PREGNANCY EXPERIENCE IN PRIMIGRAVIDA WOMEN: AN INTERVENTIONAL STUDY

***Shima Kia<sup>1</sup>, Hamideh Mohaddesi<sup>2\*</sup>, Hamidreza Khalkhali<sup>3</sup>***

***Received: 02 May, 2021; Accepted: 20 February, 2023***

### **Abstract**

**Background & Aim:** Pregnancy has significant physical and psychological effects on mothers, leading to pleasant or unpleasant experiences, especially if it is their first labor. Therefore, this study was conducted to determine the effect of group counseling on the experience of primigravida women referred to health centers in Urmia city, Iran in 2019-2020.

**Materials & Methods:** This study was a clinical trial one. Eighty primigravida women who met the inclusion and exclusion criteria of the study were randomly selected by inconvenient sampling method from the Urmia Health Centers in three social levels of wealthy, less wealthy, and on marginals of the city, and were divided into two groups of control (40 people) and intervention (40 people). In the pre-test stage, the questionnaires of demographic-medical, general health (GHQ-28), pregnancy experience (PES) were completed by the participants. Both groups received routine care of the health center. In addition to routine care, the intervention group took six sessions (each for two hours) of group counseling for six weeks. Finally, the post-test was completed two weeks after the first intervention. Results were analyzed by SPSS-22 software using Shapiro-Wilk's test for data normality as well as independent t-test, paired t-test, chi-square, and analysis of covariance with a significance level of less than 0.05.

**Results:** The two groups were consistent regarding demographic variables. According to the descriptive findings, the average score of the total pregnancy experience before the intervention was 15.83 in the intervention group and 17.28 in the control group, which was not statistically significant ( $P>0.05$ ). However, after the intervention, it was 41.8 in the intervention group and 17.95 in the control group, which were significantly different ( $P<0.05$ ). The average score of pleasant pregnancy experience before the intervention in the intervention group was 27.73 and the control group was 31.47, which was not statistically significant ( $P>0.05$ ), but after the intervention it was 41.95 in the intervention group and 41.95 in the control group. The control was 32.92, which had a significant difference ( $P<0.05$ ). The mean score of unpleasant pregnancy experience before the intervention was 11.90 in the intervention group and 14.2 in the control group, which were not statistically significant ( $P>0.05$ ), but after the intervention it was 0.16 in the intervention group and 14.98 in the control group, which had a statistically significant difference ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Group counseling reduces unpleasant experiences and increases pleasant experiences during pregnancy. Therefore, it is suggested that midwives should perform group counseling along with routine care in health care centers.

**Keywords:** Group Counseling, Pregnancy Experience, Primigravida Mothers

**Address:** School of Nursing and Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +984433756449

**Email:** h.mohaddesi.han@gmail.com

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> M.Sc. student of Counselling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Department of Midwifery, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of epidemiology and biostatistics, School of medicine, University of Medical Sciences, Urmia, Iran