

بررسی تأثیر مشاوره زوجی بر حمایت اجتماعی درک شده زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی

بهروز کارگری^۱، اکرم صبورینیا^{۲*}، حمیدرضا خلخالی^۳، حمیده محدثی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۷/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۱۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تولد نوزاد و زایمان فرآیند مهمی در زندگی یک زن محسوب می‌شود که منجر به تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیاد می‌شود و نیازمند حمایت اجتماعی است که برای سلامت مادر و جنین ضروری است. با توجه به اهمیت نقش همسران در روند بارداری و تأثیرات مثبت مشارکت مردان در بارداری و تأثیر آن در سلامت آینده جامعه، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره زوجی بر حمایت اجتماعی درک شده زنان نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، یک کارآزمایی بالینی بود. از بین خانم‌های مراجعه‌کننده به ۶ مرکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت شهر سلماس، ۶۰ خانم باردار که دارای معیارهای ورود و خروج بودند، انتخاب شدند. در هر دو گروه، مراجعه‌کنندگان به‌صورت تصادفی از سه سطح (برخوردار، کمتر برخوردار، حاشیه شهر) در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. بعد از انتخاب نمونه‌ها، ضمن معرفی اهداف مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و سپس پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده تکمیل شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های روتین، سه جلسه مشاوره زوجی به‌صورت هفتگی ۶۰-۷۵ دقیقه به‌صورت آنلاین دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه‌های پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های (کولموگروف-اسمیرنوف، تی مستقل، تی زوجی، کای دو) با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که قبل از جلسات مشاوره، هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات جمعیت شناختی به‌جز مذهب ($p=0/005$) همسان بوده و تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. قبل از مداخله، میانگین نمرات حمایت اجتماعی مقیاس خانواده گروه مداخله ($15/70 \pm 1/54$) و در گروه کنترل ($15/43 \pm 2/04$) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/57$). اما پس از مداخله، میانگین نمرات حمایت اجتماعی در گروه مداخله $17/19 \pm 1/52$ و در گروه کنترل $14/85 \pm 2/04$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود تدوین‌کنندگان سیاست‌های مراقبت از بارداری، افزایش مشارکت مردان در روند مراقبت‌های بارداری و زایمان را پیوسته در نظر داشته باشند و برای افزایش آگاهی مردان و درک آن‌ها از عوامل خطر تأثیرگذار در بارداری و زایمان و نقش آن‌ها در پیشگیری از این عوامل، برنامه‌ریزی نمایند.

کلیدواژه‌ها: مشاوره زوجی، حمایت اجتماعی، بارداری، نخست‌زا

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۸۱، آبان ۱۴۰۳، ص ۶۷۷-۶۶۷

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۴۴۳۲۷۵۶۴۴۹

Email: sabouri.akram@gmail.com

مقدمه

زیاد می‌شود، این تغییرات زن را تبدیل به فردی با ویژگی‌های جسمانی و روانی جدید می‌نماید که سبب تغییر در سبک زندگی وی می‌شود، به‌طوری‌که زنان تلاش می‌کنند خود را با این تغییرات سازگار کنند و برای سازگاری با این تغییرات، نیازمند یک سری

بارداری و زایمان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان است و مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و پراسترس دوران زندگی آن‌ها محسوب می‌شود که منجر به تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

فعالیت‌ها از جمله دریافت اطلاعات، مهارت‌ها و حمایت اجتماعی بیشتر و توجه مؤثر و دقیق‌تری می‌باشند (۵-۱).

حمایت اجتماعی احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، موردعلاقه بودن و دریافت کمک در شرایط موردنیاز است که می‌تواند به صورت حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی ارائه شود (۶-۸). حمایت اجتماعی کافی، مردم را در برابر بحران‌ها از جمله بیماری‌های روان‌شناختی محافظت می‌کند. از آنجایی که تولد نوزاد در محیط خانواده و محیط اجتماعی رخ می‌دهد، حمایت اجتماعی مادران در دوران بارداری، برای سلامت مادر و جنین ضروری است. حمایت اجتماعی از طرف خانواده و یک فرد خاص اثرات مثبتی بر سلامت روان زنان باردار دارد (۹-۱۱).

همسر به عنوان مهم‌ترین منبع حمایتی در زمان بحران‌ها و شرایط تنش‌زای زندگی معرفی شده است (۱۲). در دوران بارداری حمایت همسر با شرایط جسمی و روحی بهتر مادر، احساس توانایی بیشتری برای تحمل فشارها و سختی‌های حاملگی و زایمان، کاهش اضطراب و خستگی، کاهش ترس از زایمان و دل‌بستگی زیاد بین مادر و جنین در ارتباط است (۱۳-۱۷). مشارکت مردان در دوران بارداری و زایمان، نتایج بارداری را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، رفتارهای بهداشتی منفی کاهش پیدا کرده و خطر تولد زودرس، تولد نوزاد کم‌وزن، محدودیت رشد جنین و مرگ‌ومیر نوزادان کاهش پیدا می‌کند (۱۸).

سازمان بهداشت جهانی^۱، مشارکت مردان در برنامه‌های مادری ایمن را شامل مواردی همچون تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بارداری، افزایش آگاهی در مراقبت‌های پره‌ناتال و شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان دانسته و انجام نیازسنجی و شناسایی استراتژی‌های مناسب برای درگیری آن‌ها را ضروری می‌داند (۱۹). انتخاب شعار روز جهانی جمعیت در سال ۲۰۱۰ "مشارکت مردان در تأمین سلامت مادران" به دلیل اهمیت همین موضوع است. در واقع امروزه این عقیده وجود دارد که مشارکت مردان در برنامه‌های بهداشت باروری، یک امر ضروری برای موفقیت این برنامه‌ها است و به پیامدهای مثبت در سلامت مادری منتهی می‌شود (۲۰). کایه و همکاران^۲ (۲۰۱۴) دخالت و مشارکت مردان در دوران بارداری و زایمان را برای بهبود سلامت زنان، به عنوان یک استراتژی مطرح می‌کنند (۲۱). الیو و همکاران^۳ (۲۰۱۳) در مطالعه خود بر مداخلات مناسب برای بهینه‌سازی خدمات باهدف بهبود نتایج تولد، بر حضور و همکاری شریک زندگی در طول بارداری تأکید می‌کنند. این مطالعه پیشنهادهایی شامل ایجاد برنامه‌های هدفمند قبل از تولد برای پدران، افزایش مداخلات فعلی و افزایش

آگاهی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری از اهمیت دخالت پدران در طول بارداری را ارائه می‌کند (۲۲).

در برنامه‌های بهداشتی توصیه می‌شود به جای استفاده از آموزش‌های روتین از آموزش‌های برنامه‌ریزی‌شده استفاده شود و در جهت بهبود و تغییر برنامه‌های بهداشتی مادران در بارداری، بهتر است تا از برنامه‌های آموزشی زوجین به جای مراقبت‌های انفرادی مادر باردار استفاده کرد و با حضور همسران در مراقبت‌های دوران بارداری و با مشاوره و آموزش صحیح و کاربردی آن‌ها به ارتقاء سلامت خانواده کمک نمود (۲۳). علیرغم اینکه مطالعات مختلف شرکت مادران در کلاس آمادگی برای زایمان و مشارکت مردان در دوران بارداری و زایمان را با بهبود نتایج تولد مرتبط دانسته‌اند اما در کشور ما حضور همسر در امور مربوط به بارداری و زایمان رایج نیست (۲۴) عواملی همچون؛ دانش کم همسران و عدم باور مشکلات بارداری، موانع فرهنگی، اتکای سنتی زن به خانواده خود، مشکلات شغلی، محیط زنانه مراکز سلامت، رفتار نامناسب کارکنان بهداشتی درمانی، عوامل عرفی و مشکلات مالی از جمله موانع حضور همسران در برنامه‌های دوران بارداری است و پذیرش حضور پدران در برنامه‌های مراقبتی، آموزشی و مشاوره‌ای هم برای مراقبین بهداشتی (پزشکان و ماماها) و هم برای خود پدران با چالش‌های فراوانی همراه است و حضور پدران در بارداری و تولد در کشور ما بسیار کم‌رنگ است و جایگاه مردان در وقایع مربوط به حاملگی موردبحث و مجادله است (۲۵). با توجه به اینکه دوران بارداری با تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روان‌شناختی برای زن باردار همراه است مستلزم توجه ویژه‌ای خصوصاً از جانب همسر است که بتواند این دوران را به بهترین نحو ممکن سپری کند و از آنجایی که اکثر مردان دانش و آگاهی کافی در مورد تغییرات به وجود آمده در این دوران اطلاعات کافی را ندارند (۲۲) و نیازمند کسب دانش و آگاهی در این زمینه هستند. با توجه به اهمیت نقش همسران در روند بارداری و تأثیرات مثبت مشارکت مردان در بارداری و تأثیر آن در سلامت آینده جامعه، لذا مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره زوجی بر میزان حمایت اجتماعی درک شده زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت سلماس طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است. نمونه‌های مورد مطالعه‌ی این پژوهش را کلیه زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت سلماس تشکیل دادند. در این مطالعه حجم نمونه با

³ Alio et al

¹ World Health Organization (WHO)

² Kaye et al

توجه به مطالعه‌ی مشابه و حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد برای هر گروه ۲۵ زوج به دست آمد که با توجه به احتمال ریزش ۲۰ درصدی، حجم نمونه ۳۰ زوج برای هر گروه محاسبه شد. پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرا و دریافت کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1399.154) و (IRCT20151004024340N16)، به محیط پژوهش (مراکز خدمات جامع سلامت سلماس) جهت انتخاب نمونه‌ها مراجعه شد. در نمونه‌گیری ابتدا لیست کلیه مراکز خدمات جامع سلامت شهری سلماس، از مرکز بهداشت شهرستان سلماس تهیه شد. سپس مراکز فوق با نظر کارشناسان مرکز بهداشت بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه سطح برخوردار، کم برخوردار و حاشیه شهر تقسیم‌بندی شده، و نام مراکز از هر سطح در برگه‌های جداگانه نوشته و داخل کیسه‌ای قرار داده شد و به روش قرعه‌کشی از بین آن‌ها از هر سطح دو مرکز انتخاب شد. اسم مراکز هر سطح جداگانه نوشته‌شده، داخل پاکت قرار داده شد و در پاکت دیگر A) (معرف گروه مداخله) و B) (معرف گروه کنترل) قرار داده شد، از پاکت مراکز یک کاغذ و از داخل پاکت حاوی حروف یک کاغذ برداشته شد و به این ترتیب با قرعه‌کشی از هر سطح یک مرکز به عنوان گروه مداخله و یک مرکز به عنوان گروه کنترل تقسیم شد. سپس در مراکز منتخب، با استفاده از دفتر ثبت مراجعین و سامانه سیب، زنان نخست باردار به صورت در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود انتخاب شدند. با مادران تماس تلفنی گرفته و پس از بیان هدف مطالعه، از آن‌ها درخواست شد در صورت تمایل در مراکز خدمات جامع سلامت حضور یابند. پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه به عنوان نمونه انتخاب و پرسشنامه‌های پیش‌آزمون مربوط به مطالعه را تکمیل کردند. تعداد ۳۰ زوج در گروه مداخله (حاشیه شهر ۱۰ زوج، برخوردار ۱۰ زوج و کم برخوردار ۱۰ زوج) و ۳۰ نمونه در گروه کنترل (حاشیه شهر ۱۰ زوج، برخوردار ۱۰ زوج و کم برخوردار ۱۰ زوج) قرار گرفت. معیارهای ورود شامل: بارداری اول، حاملگی تک قلو، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تسلط به زبان آذری یا فارسی، ساکن سلماس بودن، سن بین ۱۸-۳۵ سال مادر، خواسته بودن بارداری، سن بارداری ۲۰-۲۸ هفته در ابتدای شروع مطالعه، سالم و طبیعی بودن جنین در بررسی‌های سونوگرافیک سه‌ماهه اول، نداشتن مدرک تحصیلی در رشته‌های علوم پزشکی و روانشناسی یا مشاوره، نداشتن بیماری روحی و روان‌پزشکی بنا به اظهار مادر، عدم استفاده از داروهای اعصاب و روان، برخوردار از سلامت عمومی (نمره برش ۲۳ (GHQ-28)¹)، عدم تجربه حادثه ناگوار مانند تصادف یا مرگ عزیز در ۶ ماهه گذشته، عدم اعتیاد به

سیگار، مواد مخدر و الکل، تک همسر بودن، نداشتن سقط مکرر و سابقه ناباروری، داشتن تلفن همراه، امکان دسترسی به اینترنت، داشتن امکان نصب برنامه واتساپ در تلفن همراه و توانایی استفاده از برنامه بود و همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه مشاوره، بروز هرگونه حادثه استرس‌زا مثل فوت یکی از عزیزان زن باردار، نقل مکان و در دسترس نبودن زوجین، نارضایتی و عدم علاقه‌مندی به ادامه همکاری، ختم بارداری یا مرگ جنین به هر علتی قبل از اتمام جلسات مشاوره بود.

گروه کنترل مراقبت‌های روتین دوران بارداری و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های روتین، ۳ جلسه مشاوره مربوط به مطالعه را دریافت کردند. جلسات مشاوره‌ای به صورت آنلاین و به وسیله‌ی برنامه‌ی واتساپ هفتگی یک جلسه برگزار شد. نمونه‌ها به ۵ گروه ۶ نفری توسط محقق تقسیم شدند. هر جلسه به صورت گفت‌وگو، ارسال فایل صوتی و فیلم‌های آموزشی و پرسش و پاسخ به سؤالات زوجین به مدت ۷۵-۶۰ دقیقه به صورت زوجی و بر اساس پکیج مداخله که محتوای آن از قبل با استفاده از کتب و منابع معتبر علمی و با نظر اساتید مربوطه تهیه شده بودند، توسط محقق آموزش‌دیده انجام گرفت. عناوین مورد بحث و مشاوره در هر جلسه در جدول ۱ آمده است. در طول مدت زمان پیگیری شماره تلفن پژوهشگر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت که در صورت لزوم با مشاور تماس بگیرند. پس از اتمام جلسات پرسشنامه‌های پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد (شکل ۱).

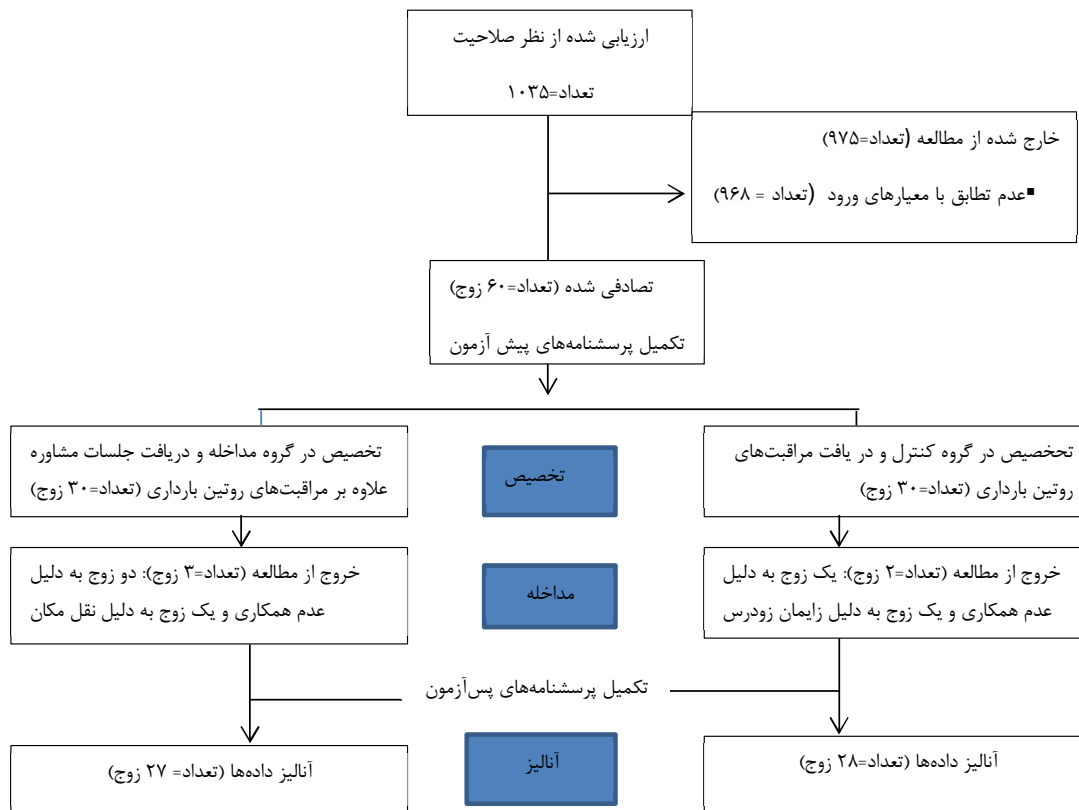
ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک - مامایی و پرسشنامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده^۲ بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی محقق ساخته شامل سن مادر، سن همسر، سطح تحصیلات مادر، سطح تحصیلات همسر، شغل مادر، شغل همسر، سن بارداری، مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی-اقتصادی بود. پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده مقیاس خانواده یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی برای سنجش میزان ارضاء فرد از حمایت خانواده است که توسط پروسیدانو و هلر^۳ منتشر شد. این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد تجارب، ادراک‌ها و احساساتی است که اکثر مردم گهگاه در رابطه با خانواده خود پیدا می‌کنند. برای هر عبارت سه پاسخ بله، خیر و نمی‌دانم می‌تواند وجود داشته باشد. پاسخ نمی‌دانم نمره صفر، پاسخ خیر در سؤالات ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۳، ۴، نمره ۱ و بلی نمره صفر و در سایر سؤالات پاسخ خیر نمره صفر و بلی نمره ۱ می‌گیرد. دامنه نمره کل سؤالات بین صفر تا ۲۰ است. و نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر است. پروسیدانو و هلر روایی پرسشنامه را ۰/۳۸ و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ

³ Procidano & Heller

¹ General Health Questionnaire – 28

² Perceived Social Support – Family Scale (PSS-FA)

۰/۹۰ برآورد کردند که نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه است (۲۶). روایی پرسشنامه نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه جاهدی و همکاران تأییدشده و پایایی این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۷).
داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی شامل کولموگروف-اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن داده‌ها)، آزمون تی مستقل (جهت مقایسه داده‌های کمی در دو گروه مستقل) و آزمون تی زوجی (جهت مقایسه‌ی داده -های کمی قبل و بعد درون گروه)، آزمون کای دو (جهت مقایسه داده‌های کیفی در دو گروه مستقل) با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



شکل (۱): الگوریتم مراحل اجرایی

جدول (۱): عناوین و مباحث جلسات جهت مشاوره گروه مداخله

جلسه	مباحث عنوان‌شده در جلسه
اول	معرفی و آشنایی با زوجین جهت برقراری ارتباط دوستانه و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، توضیح در مورد مطالعه، جلسات مشاوره و اهداف و قواعد، صحبت در مورد فرایند بارداری و مشارکت مردان در دوران بارداری و تأثیر آن بر پیامدهای بارداری و زایمان و جمع‌بندی مباحث برای جلسه بعد.
دوم	مرور مطالب جلسه قبل، فرصت دادن به زوجین برای پرسیدن سؤالات و جواب دادن به آن‌ها، صحبت در مورد تغییرات روحی و روانی در دوران بارداری و تطابق‌های سایکولوژیک با بارداری و توجه به نقش همسر در این دوران و تأثیرات آن، ارائه، هماهنگی برای جلسه بعد.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل، پرسش به سؤالات زوجین در زمینه‌های مختلف، مشارکت پدر در زمان تولد، تغییرات ایجادشده بعد از زایمان و نقش همسر در این دوران، ختم جلسه.

یافته‌ها

میانگین سن مادران در گروه مداخله $25 \pm 4/59$ و در گروه کنترل $24/82 \pm 4/89$ بود. نتیجه‌ی آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت آماری معناداری از نظر مشخصات جمعیت شناختی کمی واحدهای پژوهش (از قبیل سن مادر، سن همسر، سن حاملگی، مدت ازدواج) بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد ($P > 0/05$). نتیجه‌ی آزمون کای دو، نشان داد که تفاوت آماری معناداری در مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه کنترل و مداخله، به‌غیر از مذهب ($p = 0/005$) وجود ندارد ($P > 0/05$) و این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه، از لحاظ مشخصات جمعیت شناختی کیفی و کمی، قبل از انجام مداخله است (جدول ۲، ۳).

جدول (۲): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کیفی مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل*

متغیر	زیر گروه	گروه مداخله	گروه کنترل	p value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
مذهب	سنی	۲ (۷)	۱۱ (۳۹)	۰/۰۰۵
	شیعه	۲۵ (۹۳)	۷ (۶۱)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۶ (۲۲)	۸ (۲۸)	۰/۶۵
	دیپلم	۱۳ (۴۸)	۱۰ (۳۶)	
	فوق دیپلم	۴ (۱۵)	۳ (۱۱)	
	لیسانس و بالاتر	۴ (۱۵)	۷ (۲۵)	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۵ (۱۹)	۹ (۳۲)	۰/۵۵
	دیپلم	۹ (۳۳)	۱۰ (۳۶)	
	فوق دیپلم	۴ (۱۵)	۲ (۷)	
	لیسانس و بالاتر	۹ (۳۳)	۷ (۲۵)	
شغل مادر	شاغل	۵ (۱۹)	۶ (۲۱)	۰/۷۸
	خانه دار	۲۲ (۸۱)	۲۲ (۷۹)	
شغل پدر	کارمند	۶ (۲۲)	۸ (۲۸)	۰/۵۸
	آزاد	۲۱ (۷۸)	۲۰ (۷۲)	
وضعیت اقتصادی	دخل کمتر از خرج	۳ (۱۱)	۴ (۱۴)	۰/۵۰
	دخل برابر با خرج	۲۱ (۷۸)	۱۸ (۶۵)	
	دخل بیشتر از خرج	۳ (۱۱)	۶ (۲۱)	

* بر اساس آزمون کای دو

جدول (۳): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کمی مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل*

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	p value
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
سن مادر (سال)	۲۵ ± ۴/۵۹	۲۴/۸۲ ± ۴/۸۹	۰/۸۹
سن پدر (سال)	۲۸/۹۶ ± ۳/۲۸	۲۸/۱۴ ± ۴/۳۵	۰/۴۳
سن حاملگی (هفته)	۲۴/۷۸ ± ۱/۹۴	۲۳/۸۹ ± ۲/۶۰	۰/۱۶
مدت ازدواج (سال)	۱/۹۶ ± ۱/۰۱	۲ ± ۱/۳۰	۰/۹۰

* بر اساس آزمون تی مستقل

میانگین نمرات و انحراف معیار این حیطة در بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0.001$). همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی درک شده مقیاس خانواده در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله مشاوره‌ای از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.001$).

بر اساس نتایج حاصل آزمون‌های آماری، قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی درک شده مقیاس خانواده در بین گروه مداخله و گروه کنترل، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = 0.57$). اما پس از مداخله مشاوره‌ای،

جدول (۴): میانگین نمرات حمایت اجتماعی مقیاس خانواده در بین و درون دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از مداخله

حمایت اجتماعی مقیاس خانواده	گروه مداخله	گروه کنترل	p value
انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
سن مادر (سال)	$15/70 \pm 1/54$	$15/43 \pm 2/04$	$p = 0.57$
سن پدر (سال)	$17/19 \pm 1/52$	$14/85 \pm 2/04$	< 0.001
مدت ازدواج (سال)	$P < 0.001$	$p = 0.30$	

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه که باهدف تعیین تأثیر مشاوره‌ی زوجی بر حمایت اجتماعی درک شده زنان نخست‌زا انجام شد، نتایج نشان داد که انجام مشاوره‌ی زوجی مبتنی بر حمایت همسر سبب افزایش درک حمایت اجتماعی در زنان می‌شود.

هم‌راستا با مطالعه حاضر مطالعه‌ی محمدپور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که مشاوره با مردان با محتوایی همچون آشنایی پدران با تغییرات بارداری، رشد و نمو جنین، حمایت از مادر باردار و نحوه ارتباط پدر با جنین، باعث افزایش حمایت درک شده توسط زنان می‌شود (۲۸).

همچنین یک مطالعه مروری انجام‌گرفته در پایگاه اطلاعاتی کوکران^۱ باهدف تعیین تأثیر مداخلات مبتنی بر برنامه‌های آموزشی زوجین در سال ۲۰۱۶، نشان داد که مداخلات مبتنی بر برنامه‌های آموزشی برای زوجین باعث بهبود سلامت روانی اجتماعی مادر در جنبه‌های مختلف عملکرد روانی می‌شود (۲۹). در جلسات مشاوره‌ی مطالعه‌ی حاضر نیز برخی مادران باردار از عدم آگاهی همسران خود به مسائل روحی و روانی این دوران شکایت داشتند و تعدادی از همسران نیز از عدم توجه همسر به آن‌ها بعد از بارداری شاکی بودند که این نوع تعارض‌ها را با دادن اطلاعات در خصوص تغییرات جسمی و روانی ایجادشده در دوران بارداری، نحوه‌ی حمایت از همسر و آگاهی دادن در خصوص تأثیر حمایت از همسر بر سلامت روان مادر و جنین، می‌توان حل کرد.

به نظر می‌رسد فراهم نمودن حمایت اجتماعی همسر و افزایش آگاهی همسران از نقش مثبت خود در بارداری و سلامت مادر و جنین و مشارکت دادن آن‌ها در روند بارداری و زایمان ضروری است.

احتمالاً حضور زوجین باعث می‌شود که آن‌ها درک بهتری از نیازها و خواسته‌های یکدیگر داشته باشند و باعث رفع تعارض بین آن‌ها می‌شود و باعث بهبود روابط بین زوجی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی زنان باردار می‌شود.

هم‌چنین نتیجه‌ی مطالعه‌ی ضرابی و همکاران (۱۳۹۹) داد میزان حمایت اجتماعی در گروه مداخله که کلاس‌های آمادگی زایمان فیزیولوژیک دریافت کرده بودند به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود (۳۰). حضور همسران در کنار خانم‌های باردار باور امید و آرزو را در دل مادران باردار زنده کرده و احساس ارزشمندی ویژه‌ای به آن‌ها می‌دهد که همین امر باعث می‌شود زنان باردار حمایت اجتماعی را بیشتر درک کنند. مولانی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای به‌منظور آموزش بهداشت (مشاوره از نوع حمایت اطلاعاتی) (پیش از تولد به همسران در استفاده از خدمات بهداشت توسط مادران و آمادگی آن‌ها برای زایمان بر روی ۴۴۲ زن باردار در نپال انجام دادند، دیده شد که اطلاعات بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامت مادران در زنانی که به همراه شوهران خود آموزش دیده بودند نسبت به زنانی که به‌تنهایی آموزش دیده بودند و نیز نسبت به زنان گروه کنترل که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند، بیشتر بود (۳۱) و این نشان‌دهنده‌ی تأثیر حضور همسر در کنار خانم باردار و ایجاد انگیزه و امید در خانم باردار برای دریافت مراقبت که برای سلامتی خود و جنین لازم است و به‌نوبه‌ی خود بر سلامت جامعه تأثیر مثبت می‌گذارد. ده چشمه و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه‌ای باهدف تأثیر حضور همسران زنان باردار در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک را بر کیفیت زندگی زنان باردار موردبررسی قرار دادند، نتایج مطالعه نشان داد که حضور همسران باعث افزایش نمرات

¹Mullany

کیفیت زندگی بخصوص در حیطه بهداشت روان می‌شود (۳۲). نگرش زوجین به تغییرات جسمی و عاطفی دوران بارداری، بر روابط آن‌ها مؤثر است و عدم آگاهی زوجین از تغییرات طبیعی دوران بارداری باعث می‌شود در زمانی که باید بیش از هر موقع دیگر به هم نزدیک باشند از لحاظ روانی از یکدیگر رانده شوند به نظر می‌رسد آموزش صحیح که اساس مراقبت‌های مامایی را تشکیل می‌دهد، می‌تواند نقش مؤثری در تأمین و ارتقای سلامت جسمی و روانی مادران جامعه داشته باشد. معایر با مطالعه حاضر می‌توان به مطالعه سخنور و همکاران (۱۳۹۳) اشاره کرد که باهدف اثربخشی آموزش برنامه آمادگی برای والد شدن بر بهبود دل‌بستگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نخست‌زا انجام شده بود نشان داد که آموزش گروهی برنامه‌ی آمادگی برای والد شدن بر بهبود حمایت اجتماعی درک شده‌ی زنان نخست باردار اثربخشی معنی‌داری نداشت (۳۳)، از علل مغایرت با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر می‌توان به کم بودن تعداد شرکت‌کننده‌ها در مطالعه‌ی سخنور و اینکه فقط خانم‌های باردار در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند و همسر که منبع اصلی حمایت در این دوران است در این جلسات آموزشی حضور نداشت.

حاملگی تجربه مهمی است و اگرچه در نظر اکثریت مردم به دلیل ورود فرزند و تکمیل فرآیند زن بودن، حادثه‌ای خوشنودکننده و شادی‌آور است ولی سبب تغییرات روحی و روانی زیادی در زن می‌شود و اغلب زنان در سه ماه سوم بارداری احساس انزوا و تنهایی به علت اقامت طولانی‌مدت در منزل، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و کاهش تماس‌های روزانه با افراد، کاهش دقت، آهسته انجام دادن کارها، زودرنجی و حساسیت بین فردی، میل به گوشه‌گیری و ظهور رفتارهایی چون بی‌اعتمادی و شک و تردید دارند و متوجه تغییرات خلق‌وخو و الگوی خوابشان می‌گردند و لذا، به فرزند احساس دوگانه‌ای دارند که، شاید بدون حمایت خانواده با تهدید مشکلات روانی مواجه گردند (۳۴). در مطالعه‌ای کیفی که توسط ارفعی و همکاران با عنوان درک مادران از چالش‌های روان‌شناختی انجام شد مشاهده گردید چالش‌های روان‌شناختی مادران عمدتاً متوجه چهار مضمون ترس از دست دادن، عدم کنترل هیجانی، افسردگی و تصویر بدنی منفی است. نتایج این مطالعه نشان داد که، مؤلفه‌هایی چون ترس از تغییرات احتمالی در زندگی و سلامتی مادر، روابط زناشویی و کیفیت حمایت و بروز حالتی چون غم و افکار منفی از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی زنان باردار است که حمایت همه‌جانبه توسط مردان رامی طلبد (۳۵). لذا فراهم نمودن حمایت اجتماعی از هر نوعی شامل ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی از سوی خانواده به‌ویژه همسر و افزایش آگاهی همسران از نقش مثبت خود در بارداری و سلامت

مادر و جنین و مشارکت دادن آن‌ها در روند بارداری و زایمان ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر بهتر است تدوین‌کنندگان سیاست‌های مراقبت از بارداری افزایش مشارکت مردان در روند مراقبت‌های بارداری و زایمان را پیوسته در نظر داشته باشند و برای افزایش آگاهی مردان و درک آن‌ها از عوامل خطر تأثیرگذار در بارداری و زایمان و نقش آن‌ها در پیشگیری از این عوامل، برنامه‌ریزی نمایند. به نظر می‌رسد افزودن جلسات مشاوره برای پدرانی که در انتظار فرزند هستند به مراقبت‌های بارداری که به‌صورت روتین کشوری در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت کشور برای زنان باردار ارائه می‌گردد، در بهبود هرچه بیشتر وضعیت سلامتی مادران و نوزادان می‌تواند مؤثر باشد و در محتوای این جلسات آشنایی پدران با تغییرات ایجادشده جسمی و روانی در دوران بارداری و تأثیر حضور آن‌ها در کنار همسر بر پیامدهای مادری و نوزادی و پررنگ کردن نقش حضور پدران در کنار مادر، حمایت موردنیاز برای زن باردار در نظر داشته باشند.

این پژوهش نیز مانند اکثر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود ازجمله برگزاری آنلاین جلسات ما را از فواید مشاوره‌ی چهره به چهره باز داشت و شرکت نامنظم همسران در جلسات مشاوره که سعی شد ساعات مشاوره با زوجین تنظیم گردد و اینکه تغییرات روانی مادر ممکن بود بر پاسخ‌دهی آن‌ها به پرسشنامه‌ها تأثیر بگذارد که این امر خارج از کنترل پژوهشگر بود. با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه برای زنان باردار با سابقه‌ی نازایی و بر روی دل‌بستگی والدین-جنین، با بارداری ناخواسته و جامعه روستایی انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان سلماس ابراز می‌دارند. همچنین از تمامی زنان باردار و همسرانشان که با عشق و شور فراوان در تمام مراحل تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

حمایت مالی

مقاله حاضر با حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان ذکر نشده است.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد

اخلاق (IR.UMSU.REC.1399.154) و دارای کد IRCT 20151004024340N16) است.

References:

- Lara MA, Le H-N, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the US and Mexico. *Matern Child Health J* 2009;13(4): 567-76. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0379-4>
- Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007;22(3): 869-77. <https://doi.org/10.1093/humrep/del432>
- Moshki M, Bahri N, Sadegh Moghadam L. Lifestyle of pregnant women living in Gonabad (Iran). *J Res Health* 2012;2(2): 200-6. (Persian)
- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009;25(4): 344-56. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.006>
- McIntyre P, Organization WH. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope 2006.
- Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan MM, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *J Res Health* 2014;3(1): 27-35. (Persian)
- Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons; 2014.
- Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, et al. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer* 2011;19(9): 1379-92. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0960-4>
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reprod Health* 2021;18(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01231-7>
- Neisani Samani L, Chehreh H, Seyed Fatemi N, Hosseini F, Karamelahi Z. Relationship between Perceived Social Support and Anxiety in Pregnant Women Conceived through Assisted Reproductive Technologies (ARTs). *Iran J Nurs* 2016;29(103): 51-9. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.103.51>
- Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafii F, Hoseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. *Iran J Nurs* 2009;22(61): 8-18. (Persian)
- Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health J* 2017;10(2): 72-82. (Persian)
- Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 2006;51(2): 112-8. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.08.010>
- Mamo A, Abera M, Abebe L, Bergen N, Asfaw S, Bulcha G, et al. Maternal Social Support and Determinants of Health Facility Delivery in Rural Ethiopia 2021. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-819229/v1>
- Daniele MAS. Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women: a discussion paper. *Philos Trans R Soc B* 2021;376(1827): 20200021. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0021>

17. Coutinho EC, Antunes JGVC, Duarte JC, Parreira VC, Chaves CMB, Nelas PAB. Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia Soc Behav Sci* 2016;217: 435-42. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.010>
18. Renbarger KM, Place JM, Schreiner M. The Influence of Four Constructs of Social Support on Pregnancy Experiences in Group Prenatal Care. *Womens Health Rep* 2021;2(1): 154-62. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0113>
19. Organization WH. Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO regional advisers in reproductive health WHO/PAHO Washington DC USA 5-7 September 2001. World Health Organization; 2002.
20. Berthran CC, Odetola TD, Abiona MO. Improving maternal and child health outcomes through active male partner involvement in perinatal care. *Br J Midwifery* 2021;29(3): 130-8. <https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.3.130>
21. Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-54>
22. Alio AP, Lewis CA, Scarborough K, Harris K, Fiscella K. A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-60>
23. Azizi M, Kamali M, Elyasi F, Shirzad M. Fear of childbirth in Iran: A systematic review of psychological intervention research. *Int J Reprod BioMed* 2021;19(5): 401-9. (Persian) <https://doi.org/10.18502/ijrm.v19i5.9250>
24. Firouzan V, Noroozi M, Farajzadegan Z, Mirghafourvand M. Barriers to men's participation in perinatal care: a qualitative study in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1): 1-9. (Persian) <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2201-2>
25. Mortazavi F, Mirzaii K. Reason of, barriers to, and outcomes of husbands' involvement in prenatal and intrapartum care program based on midwives' experiences: a qualitative study. *J Arak Univ Med Sci* 2012;15(60): 104-15. (Persian)
26. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983;11(1): 1-24. <https://doi.org/10.1007/BF00898416>
27. Jahedi F, Neisanisamani L, Moosavisahebalzamani S, Haghani H. Relationship between Perceived Social Support in First Pregnancy with Birth Satisfaction in Primigravid Women Referred to Shahid Akbar Abadi Hospital. *Prev Care Nurs Midwifery J* 2014;4(2): 53-64. (Persian)
28. Mohammadpour M. Effect of counselling with men on the social support and perceived stress of their pregnant wives: a randomized controlled clinical trial: Tabriz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery; 2021;21(1): 1-8 (Persian)
29. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Campbell Syst Rev* 2005;1(1): 100-104. <https://doi.org/10.4073/csr.2005.3>
30. Zarrabi Jourshari F, Zargham Hajebi M, Saravani S, Eghbali Z. The effect of antenatal physiological classes on depression, anxiety and social support in the last month of pregnancy. *J Health Care* 2020;22(1): 65-74. (Persian) <https://doi.org/10.29252/jhc.22.1.65>
31. Mullany BC, Lakhey B, Shrestha D, Hindin MJ, Becker S. Impact of husbands' participation in antenatal health education services on maternal health knowledge. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2009;48(173): 28-34. <https://doi.org/10.31729/jnma.191>
32. Dehcheshmeh FS, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of

- life and pregnancy outcomes. Iran J Nurs Midwifery Res 2014;19(7): 59-63. (Persian)
33. Sokhanvar S, Kimiaee A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of training towards parenting program on improvement of attachment and perceived social support in primipara women. Knowl Res Appl Psychol 2021;22(1): 55-65. (Persian)
34. Alipour Z, Kheirabadi GR, Kazemi A, Fooladi M. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. East Mediterr Health J 2018;24(6): 34-43. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.549>
35. Arfaie K, Nahidi F. Understanding mothers' perception of psychological challenges in pregnancy: a qualitative study. Payesh J 2021;20(3): 323-332. (Persian) <https://doi.org/10.52547/payesh.20.3.323>

THE EFFECT OF COUPLE COUNSELLING BASED ON MARITAL SUPPORT ON THE LEVEL OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN NULIPAROUS WOMEN: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Behrooz Kargari¹, Akram Sabourinia^{2*}, Hamidreza Khalkhali³, Hamideh Mohaddesi⁴

Received: 28 September, 2023; Accepted: 04 December, 2024

Abstract

Background & Aims: Childbirth is a significant event in a woman's life, bringing about numerous emotional, physical, and social changes. It requires social support, which is crucial for the health of both the mother and the fetus. Given the importance of husbands' roles during pregnancy, the positive effects of male participation in pregnancy, and its impact on the future health of society, this study aimed to determine the effect of couple counseling on perceived social support among primiparous women.

Materials & Methods: This clinical trial was conducted among 60 pregnant women meeting the inclusion and exclusion criteria, selected from six comprehensive health service centers in Salmas. Participants were randomly divided into two groups (control and intervention) based on three socio-economic levels (affluent, less affluent, suburban). After sample selection, study objectives were explained, written consent was obtained, and demographic and family support scale questionnaires were completed. The control group received routine care, while the intervention group received three weekly online couple counseling sessions lasting 60–75 minutes in addition to routine care. Post-intervention questionnaires were completed by both groups, and the data were analyzed using SPSS software version 26 with Kolmogorov-Smirnov, independent t-test, paired t-test, and Chi-square tests at a significance level of <0.05.

Results: Results showed that before the counseling sessions, the intervention and control groups were similar in demographic characteristics, except for religion ($p = 0.005$), with no significant differences observed. Before the intervention, the mean social support scores on the family support scale were 15.70 ± 1.54 for the intervention group and 15.43 ± 2.04 for the control group, with no significant difference ($p = 0.57$). However, after the intervention, the mean social support score in the intervention group increased to 17.19 ± 1.52 , compared to 14.85 ± 2.04 in the control group, and this difference was statistically significant ($p < 0.001$).

Discussion: Based on the results of this study, it is recommended that policymakers in maternal care continuously emphasize increasing male participation in pregnancy and childbirth care. Programs should be designed to raise men's awareness and understanding of risk factors affecting pregnancy and childbirth and their role in preventing these factors.

Keywords: Couple Counseling, Social Support, Pregnancy, Primiparous Women

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

Tel: +984432756449

Email: sabouri.akram@gmail.com

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-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master of Psychology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² M.Sc. student of Counselling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Department of Midwifery, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran