

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

شیمیا 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 قابل‌توجهی می‌شوند که باعث تجربیات خوشایند و ناخوشایندی می‌شود. به‌خصوص اگر اولین تجربه بارداری آنان باشد. لذا، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر تجربه بارداری زنان شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی بود. هشتاد مادر نخست باردار که دارای معیارهای ورود و خروج مطالعه بودند، به‌صورت در دسترس از مراکز بهداشتی\_درمانی ارومیه به‌صورت تصادفی در سه سطح اجتماعی برخوردار، کم برخوردار و حاشیه‌نشین شهر انتخاب‌شده و در دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و مداخله (۴۰ نفر) قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های دموگرافیک-طبی، سلامت عمومی (GHQ-۲۸)، تجربه بارداری (PES) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. هر دو گروه مراقبت‌های روتین مرکز بهداشت را دریافت کردند. به گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های روتین، ۶ جلسه مشاوره گروهی دوساعته طی شش هفته ارائه شد. درنهایت پس از گذشت دو هفته از اتمام مداخله، پس‌آزمون تکمیل گردید. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ و آزمون‌های شاپیروویلکس برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، تی مستقل، تی زوجی، کای دو و آنالیز کوواریانس با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**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 ( $P > 0/05$ ). باین 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 ناخوشایند بارداری در قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۱/۹۰ و در گروه کنترل ۱۴/۲ بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P > 0/05$ )، ولی بعد از مداخله در گروه مداخله ۰/۱۶ و در گروه کنترل ۱۴/۹۸ بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0/05$ ).

**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 پذیرد.

**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: ۰۴۴۳۳۷۵۶۴۴۹

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 منحصره‌فرد بودن هر یک از آدمیان، بارداری هم در چارچوب

یکی از شیرین‌ترین مراحل زندگی هر زنی، دوران بارداری، زمان انتظار و آماده شدن او برای پذیرش مسئولیت بزرگ مادر شدن است (۱). سالانه ۱۵۰ میلیون زن در دنیا باردار می‌شوند که برای تمامی این زنان، بارداری یک بحران موقعیتی است و در مواردی که به‌خوبی

<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 مسؤل)

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

عاطفی و شرایط جسمی متفاوتی برای هر فرد روی می‌دهد. عواملی نظیر سن مادر، میزان تحصیلات وی و وضعیت اقتصادی مادر در کسب تجارب مادر، تأثیر به سزایی دارند، از این رو 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 تأثیر 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 تجارب دیگران از لیبر 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). تجارب شادی و ناراحتی در طول سه‌ماهه اول به‌وسیله عواملی مانند زندگی روزمره، ارتباط مؤثر با جامعه و اطرافیان تعیین می‌شود استرس‌های روانی خاصی ایجاد می‌کند که به‌وسیله تجارب نظیر تهوع، سرگیجه، سردرد و بی‌اشتهایی مشخص می‌شود. در سه‌ماهه دوم زنان باردار به‌تدریج با وضعیت فیزیولوژیک و تغییرات روان‌شناختی خودسازگار می‌شوند و با پیشرفت بارداری حدود ماه چهارم حرکات جنین به‌وسیله مادر احساس می‌شود که این تجربه‌ای هیجان‌آور و لذت‌بخش برای اکثر زنان است. با نزدیک شدن به زایمان در سه‌ماهه سوم ترس و اضطراب افزایش یافته و زن باردار مجدداً شروع به تجربه اضطراب و علائم جسمانی همراه آن می‌نماید (۸).

یکی از مشکلات عمده‌ای که ماماها به‌عنوان 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 درجه‌ای 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 به‌عنوان 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 تجارب شادی در

دوران بارداری می‌توان به افزایش نقش دل‌بستگی بین والدین با جنین اشاره کرد (۱۳). رابطه دل‌بستگی مادر و جنین می‌تواند به‌عنوان 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 به‌طور مرموزی در رحم زن ایجاد می‌شود، بیشتر زنان باردار رابطه خود با جنینشان را یک رابطه فعال متقابل و رضایت‌بخش توصیف می‌کنند (۱۴). به‌طور کلی زنان باردار به‌منظور 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 بپردازد 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، در جهت قدرتمند نمودن روح و روان و اعتمادبه‌نفس زنان باردار، بتوان به مادر باردار کمک کرد تا بتواند با حداکثر سلامت در برابر اضطراب‌های دوران بارداری مقابله نموده و دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان ایمنی را پشت سر بگذارد (۲۱).

انجام مشاوره‌های دوران بارداری به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های زنان باردار جزء جدایی‌ناپذیر خدمات بهداشتی می‌باشند. 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 بپذیرد 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 برجای می‌گذارد و با توجه به اینکه مطالعات نشان

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، آنمی، 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 به‌صورت 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 به‌صورت سهمیه‌بندی و بر اساس معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها و با دادن فراخوان 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-28) 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، جنس جنین و توافق برای بارداری بود. پرسشنامه ۴۱ سؤالی تجربه بارداری در سال ۲۰۰۲ توسط دپیپترو و همکاران<sup>۲</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 به‌عنوان احساس شادی، مثبت (شادی) و یا احساس غمگینی، منفی (ناراحتی) تجربه کرده‌اند. تجارب بارداری از نظر تعداد وقوع و شدت خوشایندی و ناخوشایندی محاسبه می‌شود. سپس نسبت ناراحتی به شادی به‌عنوان استرس بررسی می‌شود. در صورتی که این نسبت بیشتر از یک باشد، بارداری به‌عنوان 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، پی برد (۲۳، ۲۴). بارداری، برای مادران علی‌رغم یک تجربه شخصی، عاطفی و نشان‌دهنده یک رویداد بزرگ در طول زندگی است و زنان می‌بایست فرصت کسب یک تجربه مثبت را در این دوران داشته باشند (۲۵)، افزایش توجه به عواطف مثبت و سازنده در زندگی زنان باردار، سبب تجربه کردن هیجان‌های مثبت می‌شود و احساسات مثبت و تجربه‌ی 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 آسیب‌زا می‌شود (۲۶)، لذا با توجه به اینکه، بررسی دقیق مادران در 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 مرور 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 ۹۸-۱۳۹۷ 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 IRCT (IRCT20151004024340N17) می‌باشد. حجم نمونه با مراجعه به مطالعه شکوری و همکاران (۲۷) که تغییر در میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله  $2/3 \pm 0/6$  و در گروه کنترل  $2/1 \pm 9/3$  می‌باشد و با توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد تعداد ۸۰ زن نخست باردار با احتساب ریزش ۱۰ درصدی در مطالعه، ۴۰ 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 ۲۸ هفته، سن بین ۱۸-۳۵ سال، کسب نمره‌ی زیر ۲۳ از پرسشنامه<sup>۱</sup> (GHQ-28)، شکم اول، نداشتن سابقه بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون، بیماری کلیوی) یا مصرف داروی خاص، حاملگی تک قلوئی، عدم سابقه نازایی، خواسته بودن بارداری،  $BMI < 25$ ، داشتن مراقبت‌های پری ناتال منظم،

<sup>2</sup> Dipietro et al

<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 به‌عنوان معیار ورود مورد استفاده قرار گرفته است. کالمن و ویلسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) (۳۲) به‌منظور سنجش روانی و پایایی پرسشنامه (GHQ-۲۸) بر روی ۱۰۱ نفر آزمون انجام داده و ضریب روانی 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 باز 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 هفته‌ای یک‌بار به‌صورت گروهی و زوجی (در دو جلسه در هفته‌های ۳۱ و ۳۰ (در مورد دل‌بستگی 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 مطالب جهت انجام به موقع تکالیف، ایجاد انگیزه در همکاری بیشتر جهت اجرای مداخله و پاسخگویی به سؤالات مادران باردار در طول مداخله انجام می‌داد پس از گذشت دو هفته از جلسه آخر پرسشنامه پس‌آزمون 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 متغیرمستقل برمتغیرهای وابسته) با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

خوشایندی، ناخوشایندی و تفاضل خوشایندی از ناخوشایندی به‌عنوان نمره کل تجربه بارداری در نظر گرفته شد. دیپترو و همکاران (۲۰۰۴) پایایی درونی پرسشنامه ۴۱ سؤالی تجربه بارداری را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ (بعد خوشایند) تا ۰/۹۵ (بعد ناخوشایند) گزارش کرده‌اند؛ ضمناً همبستگی بین چند مرحله اجرا ۰/۵۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. این نتایج نشان از پایایی این پرسشنامه دارد. روانی این پرسشنامه با استفاده از روش روانی ملاک موردبررسی قرار گرفت (۲۹). روانی و پایایی پرسشنامه ۴۱ سؤالی در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۰) سنجیده شده است. آلفای کرونباخ در تجربه خوشایندی و ناخوشایندی برابر ۹۴-۹۲ درصد و ۹۳-۷۱ درصد است. روانی ساختاری پرسشنامه PES با تحلیل عاملی تأیید شد. پرسشنامه تجربه بارداری در هر سه‌ماهه بارداری از همسانی درونی بالا، روانی هم‌زمان و ساختاری و اعتبار بازآزمایی خوبی برخوردار است. پرسشنامه (GHQ-۲۸) توسط هیلیر و گلدبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) (۳۱) به‌منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان‌پریشی تدوین و تنظیم گردیده است. که به‌طور وسیعی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی غیر روان‌پریشی 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 (سؤالات ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (سؤالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سؤالات ۲۲ تا ۲۸). برای جمع‌بندی نمرات به‌گزینه اصلاً نمره صفر، در حد معمول نمره ۱، بیش‌از‌حد معمول نمره ۲، و خیلی بیشتر از معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی بالاتر از ۱۴ برای هر خرده-مقیاس قابل‌بحث است و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره‌ی

#### جدول (۱): چارچوب و محتوای جلسات مشاوره‌ای

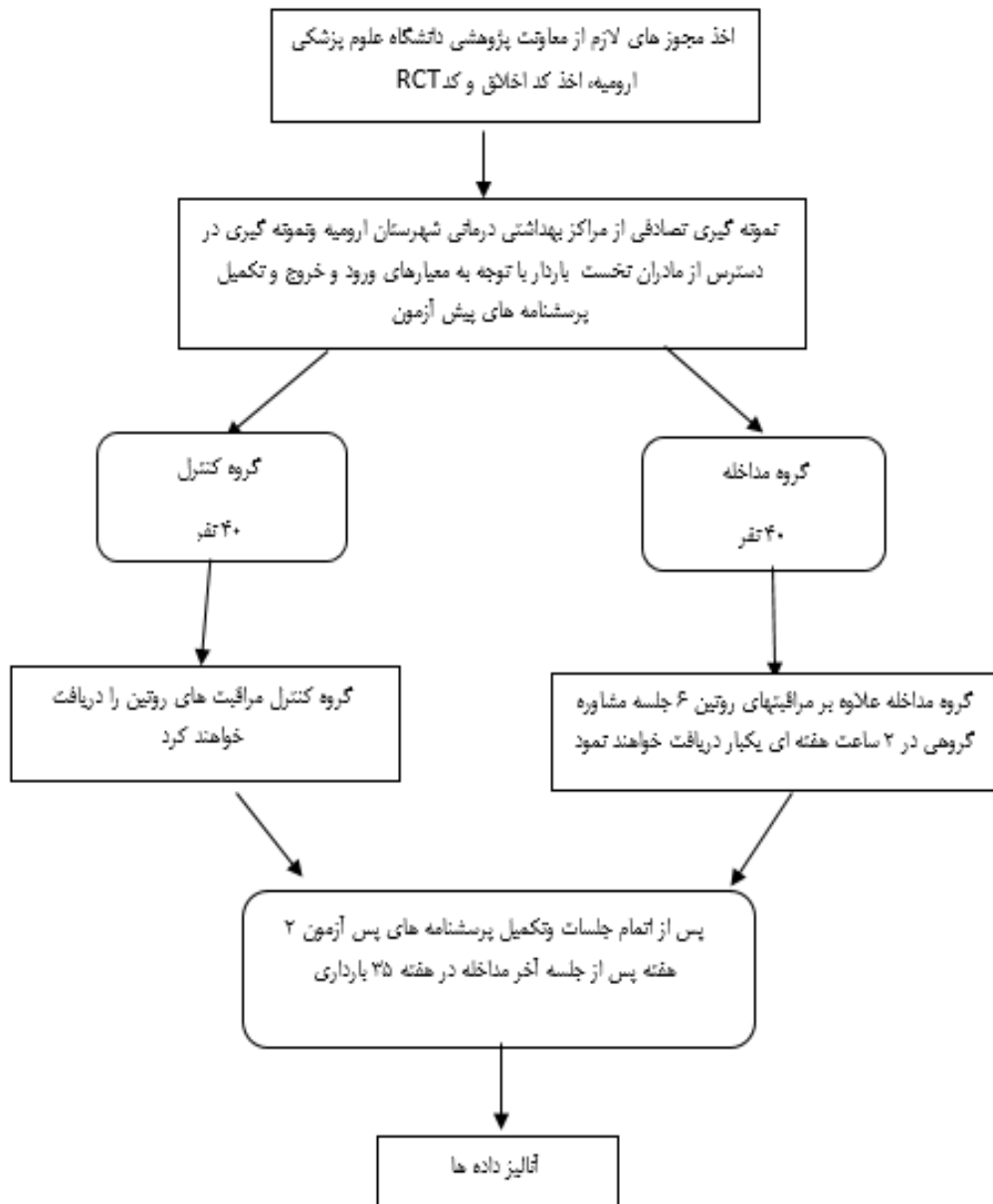
شماره جلسه	محتوی جلسه
جلسه اول (۲۸ هفته)	معارفه و برقراری ارتباط مؤثر اولیه، تشریح برنامه‌ها، معرفی اهداف جزئی و کلی توضیح تغییرات فیزیولوژیک (جسمی-روانی) دوران بارداری و تأثیر آن بر روح و جسم زنان، اطلاعات رشدی جنین و اطلاعاتی در مورد تجربیات بارداری و عوامل مؤثر بر آن که به‌صورت گروهی به مادران

<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>	<p>جلسه دوم (۲۹ هفته)</p>
<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 توضیح تفضیلی درباره فایده، اهمیت و نحوه شکل‌گیری 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 ارائه چک‌لیست و تنظیم تکالیف رفتارهای افزایش دل‌بستگی برای تمرین در خانه و اختتام جلسه</p>	<p>جلسه سوم (۳۰ هفته)</p>
<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 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 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 ساعاتی 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 ارائه چک‌لیست برای تکلیف خانه و اختتام جلسه</p>	<p>جلسه چهارم (۳۱ هفته)</p>
<p>بررسی تکالیف انجام شده و بیان خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده در جلسه قبل به کمک مادران 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. ارائه چک‌لیست برای تکلیف خانه از جمله انجام (تمرینات آرامسازی عضلانی، خواندن ادعیه و خواندن آیات قرآن ۲۰ دقیقه در روز) و اختتام جلسه</p>	<p>جلسه پنجم (۳۲ هفته)</p>
<p>بررسی تکالیف جلسات قبل 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>	<p>جلسه ششم (۳۳ هفته)</p>

### الگوریتم مراحل اجرایی مطالعه



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 (جدول ۲ و ۳) نتایج آزمون‌های آماری حاکی از همسان بودن گروه‌ها می‌باشد.

### یافته‌ها

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

**جدول (۲): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی کمی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل**

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		نتیجه آزمون تی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
سن مادر (سال)	۲۴/۹۸	۵/۲۳	۲۴/۵۵	۴/۵۰	-۰/۳۹	۰/۶۹۸
سن پدر (سال)	۲۸/۷۲	۴/۴۹	۳۰/۷۲	۷/۲۷	۱/۴۷	۰/۱۴۳
سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی	۲۷/۸۰	۰/۵۶	۲۷/۹۵	۰/۵۵	۰/۲۰۲	۰/۲۳۳
سن بارداری بر اساس سونوگرافی	۲۷/۹۰	۰/۳۰	۲۸/۱۲	۰/۳۵	۱/۶۸۶	۰/۰۹۶
وزن مادر	۶۲/۴۸	۷/۷۳	۶۰/۶۵	۶/۹۷	-۱/۱۰۸	۰/۲۷۱
BMI	۲۲/۱۸	۱/۸۲	۲۱/۶۳	۲۲/۷۵	-۱/۱۳	۰/۲۶۳

**جدول ۳. مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل**

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		نتیجه آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات مادر	۱۳	۳۲/۵	۱۳	۳۲/۵	$X^2=۱/۲۷$
	۱۲	۳۰	۸	۲۰	$df=۲$
	۱۵	۳۷/۵	۱۹	۴۷/۵	$P=۰/۵۳$
شغل مادر	۴	۱۰	۳	۷/۵	$X^2=۰/۱۵۷$
	۳۶	۹۰	۳۷	۹۲/۵	$df=۱$
					$P=۰/۵۰$
وضعیت اقتصادی	۵	۱۲/۵	۱۰	۲۵	$X^2=۲/۵۸$
	۳۴	۸۵	۲۸	۷۰	$df=۲$
	۱	۲/۵	۲	۵	$P=۰/۲۷$
تمایل به انجام زایمان طبیعی	۳۰	۷۵	۳۲	۸۰	$X^2=۰/۲۹$
	۱۰	۲۵	۸	۲۰	$df=۱$
					$P=۰/۵۹$
جنسیت جنین	۱۷	۴۲/۵	۲۱	۵۲/۵	$X^2=۰/۸۰$
	۲۳	۵۷/۵	۱۹	۴۷/۵	$df=۱$
					$P=۰/۳۸$

بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های آماری میانگین نمره پرسشنامه تجربه بارداری و ابعاد آن قبل از مداخله در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین تجربه کل بارداری بعد از مداخله‌ی مشاوره‌ای در گروه مداخله  $(۱۰/۲۲ \pm ۴۱/۸)$  به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل  $(۲۷/۶۶ \pm ۱۷/۹۵)$  بود؛ همچنین نسبت به نمره‌ی قبل از مداخله در گروه مداخله نیز  $(۱۷/۵۹ \pm ۱۵/۸۳)$  افزایش معناداری پیدا کرده بود در مقابل میانگین نمره‌ی بعد از مداخله در گروه کنترل نسبت به نمره‌ی قبل از مداخله

آن تقریباً ثابت بود و تفاوت معناداری نداشت  $(۱۷/۹۵ \pm ۱۷/۲۸)$  (جدول ۴). همچنین میانگین تجربه خوشایند بارداری بعد از مداخله در گروه مداخله  $(۱۰/۲۷ \pm ۴۱/۹۵)$  که با مرحله قبل از مداخله‌ی مشاوره‌ای  $(۹/۵۱ \pm ۲۷/۷۳)$  تفاوت معناداری دارد؛ میانگین نمره‌ی تجربه‌ی ناخوشایند در مرحله‌ی قبل از مداخله در گروه مداخله  $(۱۱/۹۰ \pm ۱۱/۰۴)$  و میانگین تجربه ناخوشایند بارداری بعد از مداخله در گروه مداخله  $(۰/۱۶ \pm ۰/۵۸)$  می‌باشد که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود  $(P < ۰/۰۵)$ .

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

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

گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $t=-6/69$ ,  $df=39$ ,  $P<0/01$ )، تفاوت میانگین درون گروهی قبل و بعد از مداخله درنمره 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 درنمره تجربه ناخوشایند 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 ( $P\leq 0/01$ ). همچنین تفاوت میانگین درون گروهی قبل و بعد از مداخله درنمره تجربه کل بارداری در

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

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
نمره قبل		۱۴۴۳۷/۵۸	۱	۱۴۴۳۷/۵۸	۵۷/۰۶	۰/۰۱
نمره تجربه کل بارداری	گروه (مداخله)	۱۲۲۸۴/۰۴	۱	۱۲۲۸۴/۰۴	۴۸/۵۴	۰/۰۱
	خطا	۱۹۴۸۴/۷۲	۷۷	۲۵۳/۰۵	---	---
	کل	۱۱۶۷۰۰	۸۰			
نمره قبل		۷۴۸۴/۷۵	۱	۷۴۸۴/۷۵	۵۴/۶۷	۰/۰۱
تجربه خوشایند بارداری	گروه (مداخله)	۲۷۸۴/۲۴	۱	۲۷۸۴/۲۳	۲۰/۳۴	۰/۰۱
	خطا	۱۰۵۴۱/۹۳	۷۷	۱۳۶/۹۱	---	---
	کل	۱۳۱۷۸۱	۸۰			
نمره قبل		۲۱۷۹/۸۳	۱	۲۱۷۹/۸۳	۶۰/۷۷	۰/۰۱



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

## 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 گردند (۳۴، ۳۵). 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 تجربیات ناخوشایند و افزایش تجربیات 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 تجربیات خوشایند و کاهش تجربیات ناخوشایند بارداری در مادران شده و مشاوره گروهی مؤثر بوده است، این یافته با مطالعه جهدی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد، این مطالعه کار آزمایشی 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 تجربیات خوشایند و توانمندسازی مادران باردار مؤثر می‌باشد. علاوه بر این مطالعه ایسگات و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) که باهدف تعیین تأثیر پریشانی روان‌شناختی در دوران بارداری بر جنین در حال رشد انجام شده بود، نشان داد پریشانی روان‌شناختی 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 تأثیری بر نمره استرس و اضطراب گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ندارد

(۳۸) که مغایر با نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌باشد، این مغایرت می‌تواند به علت تفاوت در فردی آموزش دهنده و نحوه و مدت‌زمان مداخله در این مطالعه باشد. در صورتی که در مطالعه حاضر مشاور مامای آموزش دیده، شش جلسه مشاوره گروهی جهت کاهش استرس، اضطراب و تجربیات 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 تجربیات خوشایند و کاهش تجربیات ناخوشایند بارداری، بعد از مشاوره گروهی در مادران مؤثر بوده است، این یافته با مطالعه کرابی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد مطالعه کرابی 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 تجربیات 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 روان‌شناختی 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 گرا، 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. به‌طور کلی 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 کردند حمایت خانواده به‌خصوص همسر باعث کاهش استرس و نگرانی‌های دوران بارداری می‌شود، در این راستا نتایج مطالعه راشیدی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) نشان داد کیفیت روابط زناشویی و حمایت اجتماعی بر پریشانی روان‌شناختی زنان نخست

<sup>۱</sup> Isgut et al

<sup>۲</sup> Rasheed et al

را دارند در نتیجه مادران باردار علاوه بر مراقبت‌های روتین می‌توانند از مشاوره گروهی به‌عنوان یک مداخله مفید و کم‌هزینه 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 مشاوره‌ی گروهی در مراکز بهداشتی-درمانی به‌طور جدی صورت نمی‌گیرد لذا پیشنهاد می‌شود مشاوره گروهی علاوه بر مراقبت‌های روتین در مراکز بهداشتی-درمانی توسط دانش‌آموختگان رشته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی ارائه‌ی خدمات کامل‌تر مشاوره در زمینه‌های مختلف سلامت روانی برای مادران باردار انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از نتایج پایان‌نامه 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 شرکت‌کننده در این پژوهش که بدون مساعدت آنان امکان اجرای پژوهش فوق‌میسر نبود، کمال تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### References:

- Cunningham F LKJ, Bloom S L, Hauth L, Spong C Y, Rus J. et al. Willimas obstetrics. 2018;25thEd.
- Rosand GM, Slinning 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.
- 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)
- O'Leary, K., The effect of positive psychological intervention on psychological well-being diuring pregnancy. Doctoral thesis 2015.

باردار تأثیر می‌گذارد (۴۲). توانمندسازی، آمادگی جسمانی و روانی زن و همسر در بارداری با انجام مداخلاتی مانند دل‌بستگی مادر و پدر به جنین در کاهش عوامل استرس‌زا و ناخوشایندی‌های بارداری مؤثر می‌باشد، در این راستا خداکریمی و همکاران (۱۳۹۴) و پارسا و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند مداخله‌ی مشاوره‌ای می‌تواند سبب ایجاد دل‌بستگی بیشتر بین والد و جنین شده و تجربه‌ی خوشایند بارداری را به دنبال داشته باشد (۴۳، ۴۴). 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 نجفی‌ثانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند هر چه میزان مدت فعالیت‌های مذهبی و انس با قرآن در دوران بارداری بیشتر باشد، 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 مطالعه‌ی باهدف تعیین ارتباط روش‌های مقابله و اضطراب با استرس خاص بارداری نشان دادند مادرانی که سطح متوسط استرس خاص بارداری 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

- 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)
- 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.
- 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)
- 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 Eijsden 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 tandurusty* 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. Andriasil 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, Rütke 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-wilks 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 be performed 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-nc/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