

بررسی تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر اضطراب و نگرانی دوران بارداری در زنان باردار

سمیرا برجسته^۱، سعیده علیزاده^۲، فاطمه مقدم تبریزی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۹/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اضطراب و نگرانی به‌عنوان یک عامل بازدارنده و مؤثر بر روند زایمان شناخته شده است. به علت نتایج متفاوت مطالعات کشورهای دیگر، این پژوهش باهدف "تعیین تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر اضطراب و نگرانی دوران بارداری در زنان حامله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه" طراحی گردید.

مواد و روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۶۰ زن باردار ۱۸-۳۲ هفته و همسران آن‌ها در مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان ارومیه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه نگرانی کمبریج و اضطراب اشیپلیرگر بود. زنان به‌طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره تخصیص داده شدند. افراد گروه مداخله شش جلسه مشاوره، هفته‌ای یکبار مورد مشاوره قرار گرفتند و افراد گروه کنترل از مراقبت‌های معمول برخوردار شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰)، آزمون‌های غیر پارامتریک من ویتنی یو، ویلکاکسون و آزمون پارامتریک تی انجام شد. میزان P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل نگرانی در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله مشاوره‌ای مبتنی بر حمایت همسر اختلاف آماری معنی‌دار داشت ($P < 0.01$)، همچنین میانگین نگرانی در بعد اجتماعی پزشکی ($P < 0.01$)، بعد اجتماعی اقتصادی ($P < 0.01$) بعد سلامتی ($P < 0.01$) و بعد ارتباطی ($P < 0.01$) در دو گروه کنترل و مداخله اختلاف آماری معنی‌دار داشت. همچنین نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار آماری در میزان اضطراب حالت ($t = -13/58$)، $P = 0/00$ و اضطراب صفت ($t = -8/71$)، $P = 0/00$ ، پس از پایان مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: مشاوره با زوجین مبتنی بر حمایت همسر در دوران بارداری موجب کاهش نگرانی و اضطراب زنان باردار می‌گردد. مشاوره زوجین طی دوران بارداری پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مشاوره، اضطراب، نگرانی، حمایت همسر، زنان باردار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۰۰، بهمن ۱۳۹۶، ص ۸۶۲-۸۵۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: fntabrizi@gmail.com

مقدمه

تپش قلب، تعریق، سردرد و غیره همراه است. تقریباً همه انسان‌ها در طول زندگی خود برخی از علائم و نشانه‌های اضطراب را تجربه کرده‌اند. (۲). اگرچه اضطراب در حد کم عاملی سودمند جهت رعایت اعمال بهداشتی در مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار می‌باشد. ولی اضطراب شدید می‌تواند روی سازگاری آن‌ها تأثیر گذاشته و حتی موجب عکس‌العمل منفی، ترس از کارکنان پزشکی و انصراف از مراجعه به پزشک گردد (۳). با اولین احتمال حاملگی حتی باوجود علاقه شدید زن برای بارداری، عموماً ترس و اضطراب بر او

بارداری بخش مهمی از زندگی یک زن را تشکیل می‌دهد که نیازمند سازگاری روانی است و اغلب همراه با استرس و اضطراب می‌باشد (۱). اضطراب پاسخی طبیعی به موقعیت‌های خطرزا می‌باشد و یک علامت هشداردهنده است که خبر از خطری قریب‌الوقوع داده و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد. به‌طورکلی، اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند حس جسمی مانند خالی شدن سر دل، تنگی قفسه سینه،

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استادیار گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مشارکت مردان در امور حاملگی موجب شروع زودتر مراقبت‌های بارداری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در حاملگی شد (۲۰). از این دیدگاه حضور در مراقبت‌های بارداری فرصت‌های خوبی را برای پدران فراهم می‌کند تا نقش مهم و مثبت‌تری در امر سلامت همسر و کودک خود ایفا کند (۲۱). مشارکت مردان در دوران بارداری و زایمان، نتایج بارداری را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۲۲). رفتارهای بهداشتی منفی کاهش پیدا کرده و خطر تولد زودرس، تولد نوزاد کم‌وزن، محدودیت رشد جنین و مرگ‌ومیر نوزادان کاهش پیدا می‌کند (۲۲-۲۴).

آنچه گذشت بیانگر این است که حاملگی و زایمان به‌عنوان یک بحران در زندگی زنانی محسوب می‌گردد و توجه به این پدیده طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان، تنها به مراقبت‌های جسمی و فقط محدود به زنان است و بهداشت روانی زنان و همسران آن‌ها و تأثیر نقش حمایتی آن‌ها در سطح سلامت روان زنان در دوران بارداری و پس از زایمان به دست فراموشی سپرده شده است. درحالی‌که سلامت جسم و روان زنان و همسران آن‌ها، ضامن سلامت خانواده است. لذا شناسایی و بررسی وضعیت سلامت جسمی و روانی زن و مرد و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در جهت رفع اضطراب و نگرانی‌های این دوران بسیار لازم و ضروری است. بنابراین نتایج این پژوهش که باهدف تعیین تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر افزایش حمایت همسر بر احساس نگرانی و اضطراب زنان باردار می‌تواند ما را با مشکلات شایع این دوران آشنا ساخته و با توجه به اولویت پیشگیری بر درمان، این مطالعه می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء بهداشت جسم و روان مادران و فرزندان آنان باشد. درنتیجه باوجود مطالعات اندک در زمینه مداخلات در جهت رفع نگرانی و اضطراب دوران بارداری در ایران یافت شد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر میزان اضطراب و نگرانی دوران بارداری اجرا گردید.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی و به‌صورت کارآزمایی بالینی با کد IRCT2015052620778N2 صورت گرفت. پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه و نیز معاونت بهداشتی، پژوهشگر جهت انجام به محیط‌های پژوهشی منتخب (مرکز بهداشتی درمانی شماره ۶، مرکز بهداشتی درمانی اقبال و مرکز بهداشتی درمانی شهدا) مراجعه کرد. ابتدا لیست کلیه مراکز

مستولی می‌گردد. زنانی که برای اولین بار باردار شده‌اند ناگهان خود را در برابر مخاطرات ناشناخته بارداری، درد زایمان و جریان زایمان می‌بینند و بروز واکنش‌های متناقض خوشی و انزجار در آن‌ها به‌صورت توأم شایع است (۴). نگرانی در مورد بارداری و زایمان و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و همچنین افزایش سطح استرادیول خون از دلایل بالا بودن اضطراب در زنان باردار می‌باشد (۵). ناراحتی‌های ناشی از اپیزوتومی، احساسات منفی در مورد ظاهر بدن و تغییرات هورمونی ممکن است منجر به اختلال در ارتباط جنسی و روابط زناشویی شده که خود می‌تواند منبع دیگری برای نگرانی مادر باشد (۶). در زنان نخست‌زا استرس سازگاری با نقش جدید مادر شدن به این مسائل اضافه می‌شود که این موضوع ممکن است استرس و نگرانی وی را تشدید کند (۷). بر اساس نتایج مطالعات، سلامت جنین بیش‌ترین عامل نگرانی مادران بوده است (۸-۱۰). و اکثر زنان باردار در مورد ناهنجاری‌های جنین و انجام آزمایش‌های غربالگری نگرانی و اضطراب دارند (۱۱). وجود اضطراب در بارداری و زایمان اثرات مضر به همراه داشته و در اضطراب طولانی‌مدت با تحریک سیستم عصبی اتونوم، عضلات صاف شریان‌ها منقبض شده، جریان خون رحمی-جفتی و اکسیژن‌رسانی به رحم کاهش یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی گردیده و با احتمال زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، توقف رشد سیستم ایمنی، افزایش عفونت‌های تنفسی، وزن کم تولد، کاهش شیردهی، کاهش رشد، سوءتغذیه شدید، افزایش اسهال و کاهش تطابق با برنامه‌های ایمن‌سازی، ناسازگاری نوزاد با محیط، و افزایش خطر شکاف کام و لب‌شکری در نوزاد همراه می‌باشد (۱۲-۱۶).

مصلی نژاد و همکاران بر بررسی ۲۱۴ زن باردار بیان داشتند ۹۰ درصد زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بوده‌اند. حدود ۲ تا ۶ درصد از زنان باردار در این دوران دچار علامت حاد و شدید اعصاب و روان می‌گردند به‌گونه‌ای که یک زن در طول بارداری و پس از زایمان نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود دویست برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن به دلیل اختلالات روانی را دارد (۱۷). در مطالعه‌ای که علی پور و همکاران در مورد ۷۵۰ زن باردار نخست‌زا انجام دادند، ۶۳/۲ درصد نمونه‌ها دارای اضطراب آشکار متوسط و ۴/۴۰ درصد آن‌ها دارای اضطراب آشکار شدید بودند (۱۸).

جایگاه مردان در وقایع مربوط به حاملگی مورد بحث و مجادله است. از نظر برخی حاملگی و زایمان تجربه‌ای است که به‌طور منحصربه‌فرد متعلق به زنان است و نقش مردان در آن باید به‌طور عامدانه نقشی ثانوی باشد (۱۹) در مطالعه مارتین^۱ در آمریکا

^۱ Martin

ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد حجم نمونه در این مطالعه ۲۴ نفر در هر گروه محاسبه شد. که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش نمونه، ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد. معیارهای ورود شامل: ملیت ایرانی، ساکن شهر ارومیه بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۵-۴۵ ساله، شروع نیمه دوم حاملگی، آشنایی با زبان فارسی، عدم ابتلای زن باردار به بیماری‌های روانی و اختلالات روان‌پزشکی و خلق‌وخو مانند افسردگی، اختلال اضطرابی و عدم کسب امتیاز ۷۶ به بالا در پرسشنامه اضطراب آشکار و بالای ۷۳ در اضطراب پنهان که دلالت بر اضطراب شدید دارد و عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و نوشیدنی‌های الکلی، نداشتن تجربه حادثه استرس‌زای دیگر در شش ماه اخیر، برخوردار بودن از سلامت عمومی (نمره برش ۲۳) (GHQ)^۲ که توسط پرسشنامه استاندارد سنجیده شد، نداشتن هرگونه بیماری سیستمیک (دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون و...) که علت اضطراب و نگرانی شناخته شده باشد بود. همچنین در این پژوهش، معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز هرگونه حادثه استرس‌زا برای بیمار یا افراد درجه‌یک خانواده زن باردار و تشخیص ابتلا به بیماری‌های روانی و اختلالات روان‌پزشکی (اختلالات خلق‌وخو مانند افسردگی، اختلال اضطرابی و تشخیص ابتلای بیمار به هرگونه بیماری صعب‌العلاج و...) در طول مطالعه، نارضایتی و عدم علاقه‌مندی به ادامه همکاری، غیبت در جلسات مشاوره توسط زن باردار و همسرش، ناهنجاری و مرگ جنین تشخیص داده شده بود.

برای گروه مداخله جلسات مشاوره‌ای در مراکز و در اتاق‌های مخصوصی که در مراکز منتخب برای این مطالعه در نظر گرفته شده بودند حضور پیدا کردند. با توجه به نیاز زوجین ۶ جلسه و هر جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه بود. محتوای جلسات مشاوره شناسایی عواملی که موجب نگرانی و اضطراب در زن باردار شده و ارائه راهکارهای کاهش اضطراب و نگرانی با تأکید بر حمایت همسر انجام شد (استراتژی و محتوای جلسات در جدول ذکر شده است). همچنین زنان باردار متعلق به گروه کنترل نیز بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها (پیش‌آزمون) مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت می‌کردند؛ و بلافاصله بعد از اتمام مداخله از هر دو گروه مداخله و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج با هم مقایسه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی حاوی اطلاعات عمومی دموگرافیک و بالینی شامل سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد فرزندان، سابقه سقط، سن حاملگی برحسب هفته، عوارض دوران بارداری قبلی، مشکلات قبلی ناباروری و سابقه بارداری با روش‌های کمک باروری، مدت ازدواج، سطح تحصیلات، سطح

بهداشتی درمانی شهری و روستایی ارومیه، از مرکز بهداشت شهرستان ارومیه تهیه گردید سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری را با نظر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ارومیه بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه گروه وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی بالا، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی متوسط و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی پایین تقسیم‌بندی کرده و از هر گروه یک مرکز به‌طور تصادفی (قرعه‌کشی) از بین اسامی در هر سطح یک مرکز به قرعه انتخاب شد. از هر مرکز تعداد ۲۰ زوج بر اساس معیارهای ورود و خروج به‌صورت تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس ۶۰ زوج منتخب، به روش قرعه‌کشی به ۳۰ زوج در گروه مداخله و ۳۰ زوج در گروه کنترل اختصاص داده شدند.

محقق پس از مراجعه به مراکز مربوطه و هماهنگی لازم با مسئولین آن مراکز، از کارکنان مراکز یک نفر به‌عنوان همکار برای اجرای پژوهش انتخاب گردید و طی جلساتی جداگانه با هر یک از اعضای همکار در پژوهش نحوه اجرا و نیز ابزارهای لازم برای اجرای پژوهش موردبررسی قرار گرفت و همکاری‌های لازم جهت انجام پژوهش جلب گردید و با توجه به معیارهای ورود مطالعه، نمونه‌گیری در هر مرکز آغاز گردید. پس از انتخاب نمونه‌ها طی تماس تلفنی پژوهشگر ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و بعد از بیان اهداف و روش کار جهت همکاری در مطالعه دعوت به عمل آمد و اولین ملاقات با زوجین ترتیب داده شد که طی آن جهت جلب اعتماد و همکاری توضیحات لازم در جهت محرمانه بودن پاسخ‌ها داده شد و از نمونه‌هایی که تمایل به همکاری خود را به‌طور شفاهی اعلام کردند، خواسته شد پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند، در صورت نیاز پرسشنامه با کمک محقق تکمیل گردید. پس از بررسی وضعیت سلامت عمومی کل نمونه‌های انتخاب شده (۶۰ زوج) به‌صورت تصادفی و از طریق کدگذاری و قرعه‌کشی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. طی دومین ملاقات، پژوهشگر پس از توضیح مجدد اهداف تحقیق و روش کار از افراد موردپژوهش رضایت‌نامه مکتوب جهت شرکت در مطالعه دریافت کرد و پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی مادران و پرسشنامه نگرانی کمبریج و اضطراب اسپیلبرگر برای نمونه‌های موردپژوهش تکمیل گردید. برنامه‌ی جلسات مشاوره برای گروه مداخله تنظیم گردید و در مورد لزوم حضور همسر در جلسات مشاوره توضیح داده شد.

حجم نمونه بر اساس مطالعه ربیعی پور و همکاران (۲۵) که بر روی ۶۶ نفر از واحدهای پژوهش (در هر گروه ۳۳ نفر) انجام شد. با

² General Health Questionnaire

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر STAI^۳ نیز حاوی ۴۰ سؤال برای اضطراب آشکار (۲۰ سؤال) و اضطراب پنهان (۲۰ سؤال) بوده که پاسخ‌ها از نوع ۴ درجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد بود. روایی ویرایش فارسی پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر نیز توسط مهram (۱۳۷۲) تأیید شده است (۲۹) و پایایی پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر در سال ۱۳۸۷ با روش آلفای کرونباخ توسط زارع مبینی برابر 0/889 محاسبه شد (۳۰). همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ $r = 0/82$ در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۴) به دست آمد (۲۸).

نتایج پس از جمع‌آوری داده‌ها در ارائه ویژگی‌های توصیفی جمعیت از جداول و نمودارهای فراوانی استفاده و آماره‌های توصیفی شامل میانگین \pm انحراف معیار استفاده شد. در بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی با پیامد مورد بررسی از آزمون One way ANOVA (در صورت نیاز آزمون کروسکال-والیس، آزمون t مستقل و در صورت نیاز آزمون Mann whitney) استفاده شد همچنین در متغیرهای کیفی از آزمون کای دو (در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر) استفاده گردید. متغیرهای معنی‌دار در آنالیز تک متغیره وارد مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای شده و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 انجام گرفت.

وضعیت اقتصادی بودند. میزان تحصیلات به صورت بی‌سواد، زیر دیپلم و دیپلم و بالاتر طبقه‌بندی گردیده بود و همچنین سطح درآمد به صورت کم درآمد (دخل کمتر از خرج) درآمد متوسط (دخل برابر خرج) و درآمد بالا (دخل بیشتر از خرج) طبقه‌بندی گردید. نگرانی در بارداری با مقیاس نگرانی کمبریج^۳ اندازه‌گیری شد (۲۶). پرسشنامه نگرانی کمبریج حاوی ۱۶ سؤال برای سنجش میزان نگرانی مادران باردار بوده که پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از بدون نگرانی (نمره صفر) تا نگرانی شدید (نمره پنج) بود. حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۸۰ محاسبه شد. این پرسشنامه دارای چهار ساختار اصلی که شامل: جنبه‌های اجتماعی-پزشکی بچه‌دار شدن شامل: موارد تولد، رفتن به بیمارستان؛ معاینات داخلی و سازگاری با تولد نوزاد جدید؛ مسائل اجتماعی و اقتصادی؛ پول، مشکلات اشتغال، مسکن و قانون، مسائل مربوط به سلامت مادر و نوزاد؛ سقط‌جنین، و مسائلی که برای سلامت بچه و مادر مشکل‌ساز هستند و روابط با همسر، خانواده و دوستان می‌باشد. ویرایش فارسی پرسشنامه نگرانی کمبریج توسط یوسفی و همکاران (۱۳۹۴) تأیید شده است (۲۷). همچنین پایایی پرسشنامه نگرانی کمبریج توسط گرین (۲۰۰۳) در انگلیس با روش‌های آزمون - باز آزمون و همسانی درونی با $r = 0/7$ مورد تأیید قرار گرفت (۲۶) همچنین پایایی پرسشنامه نگرانی کمبریج با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ $r = 0/90$ در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۴) به دست آمد (۲۸).

جدول (۱): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کمی مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل

P- value	آماره آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
**۰/۷۳	۰/۳۴	۵/۸۵	۲۸/۶۰	۴/۷۰	۲۸/۱۳	سن مادر
*۰/۴۸	-۰/۴۵	۴/۸۰	۲۴/۷۰	۴/۱۶	۲۵/۶۰	سن بارداری برحسب هفته
**۰/۳۴	-۰/۹۶	۴/۷۰	۶/۹۳	۴/۴۳	۸/۰۳	مدت ازدواج برحسب سال
*۰/۷۲	-۰/۳۵	۰/۹۷	۲/۲۳	۰/۷۷	۲/۱۳	تعداد حاملگی
*۰/۶۶	-۰/۴۳	۰/۱۵	۰/۸۶	۰/۱۰	۰/۵۵	تعداد زایمان
*۰/۶۵	-۰/۴۵	۰/۸۸	۱/۱۰	۰/۴۹	۰/۹۶	تعداد فرزندان
*۰/۸۱	۰/۴۱	۵/۵۴	۳۲/۰۶	۴/۵۲	۳۲/۱۷	سن همسر زنان باردار

* بر اساس آزمون من وایتنی^۱

**آزمون تی^۲

^۱ Mann – Whitney

^۲ T-test

^۳ Cambridge Worry Scale

^۴ Spielberger state- trait anxiety inventor

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

P-value	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
*۰/۷۷	۲۳/۳	۷	۳۰	۹	دارد
	۷۶/۷	۲۳	۷۰	۲۱	ندارد
**۰/۱۴	۶/۹	۲	۲۲/۳	۷	دارد
	۹۳/۱	۲۷	۷۶/۷	۲۳	ندارد
**۰/۶۱	۳/۴	۱	۱۰	۳	دارد
	۹۶/۶	۲۸	۹۰	۲۷	ندارد
*۰/۵۲	۱۶/۷	۵	۲۲/۳	۷	خیر
	۸۳/۳	۲۵	۷۶/۷	۲۳	بله
*۰/۳	۵۶/۷	۱۷	۴۲/۳	۱۳	زیر دیپلم
	۴۳/۳	۱۳	۵۶/۷	۱۷	بالای دیپلم
*۰/۷۸	۳۰	۹	۳۲/۳	۱۰	شاغل
	۷۰	۲۱	۶۶/۷	۲۰	خانه‌دار
*۰/۴	۴۳/۵	۱۳	۵۷	۱۷	زیر دیپلم
	۵۶/۵	۱۷	۴۳	۱۳	بالای دیپلم
*۰/۵۸	۳۳/۳۳	۹	۲۳/۳	۶	کارمند
	۲۲/۳	۶	۳۳/۳۳	۹	کارگر
*۰/۲۹	۵۳/۳۳	۱۵	۵۳/۳۳	۱۵	آزاد
	۶۶/۷	۲۰	۵۰	۱۵	متوسط به پایین
	۳۳/۳	۱۰	۵۰	۱۵	متوسط به بالا

* بر اساس آزمون کای اسکویر^۳

** بر اساس آزمون دقیق فیشر^۴

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل در زنان باردار شهر ارومیه سال ۱۳۹۴

P-value	آزمون t	انحراف معیار	میانگین	نوع اضطراب
P<۰/۰۰۱	۱۳/۱۸	۴/۹۱	۵۵/۸۰	قبل از مداخله
		۴/۰۳	۴۱/۸۶	بعد از مداخله
۰/۸۹	۰/۱۵	۴/۸۶	۵۵/۷۶	قبل از مداخله
		۴/۷۴	۵۵/۵۶	بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱	۶/۵۳	۵/۷۹	۵۳/۹۲	قبل از مداخله
		۴/۴۹	۴۵/۶۶	بعد از مداخله
۱/۰	۰/۲۱	۴/۸۵	۵۵/۹۰	قبل از مداخله
		۴/۹۰	۵۵/۹۷	بعد از مداخله

×آزمون آماری تی زوج

^۳ chi-square

^۴ Fisher exact test

جدول (۴): مقایسه میانگین نمره نگرانی قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل در زنان باردار شهر ارومیه سال ۱۳۹۴

P-value	آماره آزمون	انحراف معیار	میانگین	مداخله	گروه	ابعاد نگرانی
P<۰/۰۰۱*	۳۵/۱۰	۳/۰۸	۶۳	قبل از مداخله	گروه	نمره کل نگرانی
				بعد از مداخله	مداخله	
P<۰/۰۰۱*	-۱۰/۵۰	۳/۱۱	۶۴/۹۳	قبل از مداخله	گروه کنترل	نمره کل نگرانی
				بعد از مداخله	گروه کنترل	
P<۰/۰۰۱**	۱۴/۵۴	۰/۹۸	۱۵/۷۰	قبل از مداخله	گروه	بعد اجتماعی - پزشکی
				بعد از مداخله	مداخله	
P<۰/۰۰۱**	-۹/۴۸	۰/۸۹	۱۵/۸۶	قبل از مداخله	گروه کنترل	بعد اجتماعی - پزشکی
				بعد از مداخله	گروه کنترل	
۰/۱۰	۱/۶۴	۱/۴۰	۱۸/۱	قبل از مداخله	گروه	بعد اجتماعی - اقتصادی
				بعد از مداخله	مداخله	
۰/۰۴	-۲/۰۷	۲/۰۴	۱۸/۹۰	قبل از مداخله	گروه کنترل	بعد اجتماعی - اقتصادی
				بعد از مداخله	گروه کنترل	
۰/۰۰۱**	۲۰/۰۱	۱/۳۰	۱۹	قبل از مداخله	گروه	بعد سلامتی
				بعد از مداخله	مداخله	
۰/۰۰۱**	-۷/۶۴	۱/۳	۱۹/۹۶	قبل از مداخله	گروه کنترل	بعد سلامتی
				بعد از مداخله	گروه کنترل	
۰/۰۰۱*	۱۷/۰۲	۱/۹۶	۱۰/۲۴	قبل از مداخله	گروه	بعد ارتباطی
				بعد از مداخله	مداخله	
۰/۰۰۳*	-۳/۲۴	۱/۸۳	۱۰/۲۶	قبل از مداخله	گروه کنترل	بعد ارتباطی
				بعد از مداخله	گروه کنترل	

*آزمون تی

xx آزمون ویلکاکسون^۵

یافته‌ها

می‌باشد (P<۰/۰۰۱)، این بدین معناست که استفاده از مداخله توانسته است منجر به کاهش اضطراب حالت و صفت در گروه مداخله گردد. در گروه کنترل در میزان اضطراب حالت و صفت بعد از مداخله، که با توجه به نتایج آزمون تی زوجی، اختلاف آماری مشاهده نشد.

همچنین با توجه به جدول شماره چهار، میزان نگرانی کل در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله به ترتیب (۳/۰۸ ± ۶۳، ۳/۹۱ ± ۴۰/۱۶) بود و در رابطه با زیر مقیاس‌ها نیز در بعد اجتماعی - پزشکی قبل و بعد از مداخله به ترتیب (۰/۹۸ ± ۱۵/۷۰، ۲/۷۰ ± ۸/۲۶) در بعد اجتماعی - اقتصادی قبل و بعد از مداخله به ترتیب (۱/۴ ± ۱۸/۱، ۱/۴۶ ± ۱۷/۹۴، ۰/۱۰ ± ۳/۲۴) در بعد

نتایج به دست آمده از جدول شماره یک و دو نشان دهنده مشخصات جمعیت شناختی کمی و کیفی مادران باردار در دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد. در این مطالعه دو گروه از نظر میانگین متغیرهای کمی و کیفی از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده و همگن بودند. (P>۰/۰۵).

با توجه به جدول شماره سه، میانگین اضطراب حالت و صفت در گروه مداخله قبل از مداخله به ترتیب برابر با (۴/۹۱ ± ۵۵/۸۰)، (۵۳/۹۳ ± ۵/۷۹) و بعد از مداخله (۴/۰۳ ± ۴۱/۸۶)، (۴/۴۹ ± ۴۵/۶۶) می‌باشد، نتایج آزمون تی زوجی نشان دهنده وجود اختلاف معنی‌دار آماری در میزان اضطراب حالت و صفت قبل و پس از پایان مداخله

° wilcoxon

سلامتی قبل و بعد از مداخله به ترتیب $(1.30 \pm 1.19, 1.01 \pm 1.01)$ و در بعد ارتباطی قبل و بعد از مداخله به ترتیب $(1.96 \pm 1.24, 1.01 \pm 1.42, 3.97)$ می‌باشد. نتایج آزمون تی تست و ویلکاکسون نشان‌دهنده وجود اختلاف معنی‌دار آماری در میزان موارد مذکور می‌باشد. این بدین معناست که استفاده از مداخله توانسته است منجر به کاهش نمره نگرانی در ابعاد مذکور در گروه مداخله گردد.

از طرفی بعد اجتماعی - اقتصادی نگرانی قبل و پس از پایان مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نمی‌دهد $(P=0.1)$ و این بدین معناست که مداخله قادر به کاهش بعد اقتصادی اجتماعی نگرانی در درون گروه مداخله نبوده است. با توجه به نتایج آزمون تی تست و ویلکاکسون، اختلاف معنی‌دار آماری در جهت افزایش نگرانی مشاهده نشد $(P<0.05)$.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر اضطراب و نگرانی دوران بارداری در زنان باردار طراحی و اجرا شده است. نتایج به‌دست‌آمده در زمینه میزان اضطراب و نگرانی حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون بوده است. به‌بیان‌دیگر، میزان نمره اضطراب و نگرانی در آزمودنی‌هایی که تحت مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر قرار گرفتند، نسبت به آزمودنی‌هایی که این شیوه مداخله را دریافت نکرده‌اند، کاهش یافته است. این امر حاکی از اثربخشی مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر کاهش اضطراب و نگرانی دوران بارداری در زنان باردار شده است، لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که، میزان نگرانی و اضطراب زنان بارداری که از حمایت‌های همسر برخوردارند، با گروه کنترل متفاوت است، تأیید می‌شود.

مطالعه اوهارا^۱ و همکاران (۱۹۸۶) نشان داد که زنانی که حمایت بیشتری در دوران بارداری از طرف همسر خود دریافت کرده بودند نمره افسردگی کم‌تری نسبت به زنانی داشتند که حمایت کم‌تری از طرف همسر خود دریافت کرده بودند (۳۱). لیانپوتونگ^۲ و همکاران در یک مطالعه کیفی نشان داد مادرانی که همسرانشان مشارکت بیشتری در دوران بارداری داشتند با افزایش سلامت روانی و هم سلامت جسمی مادران می‌شود و این مادران اعتقاد داشتند با تقسیم مسئولیت‌ها بهتر می‌توانستند به وظایف خود عمل کنند (۳۲). پاژل^۳ و همکاران (۱۹۹۰) در مطالعه خود تحت عنوان

تأثیر حمایت روانی بر پیامدهای زایمان دریافتند که زنان بارداری که از حمایت بیشتری از طرف خانواده برخوردارند نیازهای تغذیه روزانه خود را به شکل بهتری نسبت به دیگر مادران دریافت می‌کنند که هم به سلامت جسمی مادر باردار کمک می‌کند و هم باعث کاهش زایمان نوزادان با وزن کم می‌شود (۳۳). مطالعات کنل^۴ (۱۹۹۱) و اسمیت^۵ (۱۹۹۹) نشان داد که حمایت مردان در دوران بارداری و حضور آن‌ها در زایمان باعث کاهش درد، اضطراب و خستگی زنان باردار می‌شود (۳۴، ۳۵). همچنین مطالعه آلین^۶ و همکاران (۲۰۱۲) که حمایت همسر در طول دوران بارداری باعث لذت‌بخش بودن دوران بارداری و درنهایت باعث ایجاد دل‌بستگی زیاد بین مادر و جنین می‌شود و باعث افزایش سلامت روان زنان باردار می‌شود (۳۶). مطالعه دوژئون^۷ و همکاران (۲۰۰۴)، ایلپاسو^۸ (۲۰۱۰) نشان داد که حضور مردان در مراقبت‌های دوران بارداری نقش اساسی را در ایمنی بارداری، حصول اطمینان از دسترسی به خدمات و حمایت‌های عاطفی و مالی دارد (۳۷، ۳۸). که همگی با مطالعه ما هم‌خوانی داشتند.

در این راستا اکثر زنان باردار، خدمات مشاوره‌ای را برای مردان ضروری می‌دانستند و اکثریت زوجین پیشنهاد کردند که ۲-۳ جلسه مشاوره‌ای و آموزشی برای مردان در طول بارداری برگزار شود. همچنین در این مطالعه زنان و مردان در مورد محتوای آموزشی و مشاوره‌ای، بیشتر بر ارائه اطلاعات در مورد ضرورت مشارکت، نحوه حمایت روحی همسر از زن باردار، و آشنا کردن مردان با مشکلات و به‌خطرات دوران بارداری و نگهداری از نوزاد اشاره کردند (۳۹) و نتایج مطالعه میولنی در نیال نیز مؤید همین امر است (۴۰). این موضوع نشان می‌دهد که ترویج چنین خدماتی امکان‌پذیر و قابل‌پذیرش است. یافته‌های مطالعه سیمبر نشان داد که زنان و مردان هر دو مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری ضروری می‌دانند (۴۱).

در مطالعه حاضر نگرانی و اضطراب صفت در گروه کنترل که فقط مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کرده‌اند، افزایش پیدا کرده بود که این امر می‌تواند ناشی از عدم‌حمایت همسر، نزدیک شدن به زمان زایمان، ترس از به دنیا آمدن نوزاد ناسالم و مرگ نوزاد در حین زایمان به‌خصوص در زنانی که سابقه سقط‌جنین یا مرگ نوزاد یا تجربه ناخوشایند از زایمان قبلی خود داشته‌اند، باشد. نتایج این مطالعه با مطالعه ایوانز^۹ و همکاران (۲۰۰۱) که نشان داد با

⁵ Somers-Smith

⁶ Alhusen

⁷ Dudgeon

⁸ Iiyasu

⁹ Evans

¹ O'Hara

² Liamputtong

³ Pagel

⁴ Kennell

زنان باردار، ضروری، قابل قبول و امکان پذیر بوده و می تواند در کاهش اضطراب و نگرانی های دوران بارداری و اضطراب مؤثر واقع شود که این امر قدمی مهم در ارتقای سلامت همه جانبه زنان باردار است. همچنین برنامه ریزی برای ترویج مشارکت مردان برای ارتقای سلامت مادران حذف موانع و مداخلات مشاوره ای و آموزشی برای افزایش دانش مردان در مراقبت های بارداری و زایمان ضروری است. مشاوره مادران باردار همراه با همسران، در زمینه حمایت روحی و روانی از مادر در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی می تواند اضطراب و نگرانی زنان باردار را کاهش داده و منجر به جامعه سالم و پویا با فرزندان سالم از نظر جسمی و روانی گردد. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به مواردی مانند اینکه بیان سطح اضطراب و نگرانی توسط مشارکت کننده یک خود گزارش دهی است و ممکن است در افراد مختلف گزارش های متفاوتی ارائه شود به عبارت دیگر، میزان تحمل اضطراب و نگرانی در افراد مختلف متفاوت است که این امر از کنترل پژوهشگر خارج بود همچنین به نظر می رسد کنترل اضطراب و نگرانی در زنان باردار نیاز به کنترل عوامل استرس زای زندگی که از فردی به فرد دیگر متفاوت می باشد که عملاً این مورد قابل اجرا نبود و این امر از کنترل پژوهشگر خارج بود. در نهایت با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه گنجاندن برنامه های حمایتی همسران در دوران بارداری بر سلامت روان بعد از زایمان و نیز موفقیت در نگهداری نوزاد و موفقیت در شیردهی پیشنهاد می شود. همچنین پیشنهاد می شود مطالعاتی مشابه با پژوهش حاضر با مدت زمان و مدت پیگیری طولانی تر انجام شود تا نتایج قابل استنادتر باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد IRUMSU.RAC1394.75 دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می باشد پژوهشگر و همکاران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ارومیه ابراز می دارند. همچنین از تمامی زنان باردار و همسرانشان که با عشق و شور فراوان در تمام مراحل تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

Refereneces:

1. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on

نزدیک شدن به زمان زایمان اختلالات روانی در زنان باردار به طور قابل توجهی افزایش می یابد، هم خوانی داشت (۴۲). همچنین داکوستا^{۱۰} و همکاران شیوع اختلال روانی را در سه ماهه سوم حاملگی بیشتر نشان داده است (۴۳). این در حالی است که مطالعه کیتامورا^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۴) نشان داده است که اختلالات روانی در سه ماهه سوم بارداری نسبت به سه ماهه اول و دوم بارداری کم تر است (۴۴). این تفاوت می تواند ناشی از اختلاف فرهنگی - اجتماعی باشد و نیز در کشور ما اصولاً زنان از نظر روانی آمادگی لازم را برای گذراندن دوره حاملگی، زایمان، دوره پس از زایمان و مراقبت از کودک را ندارند همچنین زوجین از یک پایگاه حمایتی و مشاوره ای محروم اند و از طرفی در سه ماهه سوم و با نزدیک شدن زمان زایمان، ترس وجود آنها را فرامی گیرد؛ در حالی که در کشورهای دیگر به خصوص در کشورهای توسعه یافته از همان ابتدای بارداری مادر را با فیزیولوژی حاملگی و زایمان و سایر مسائل آن آشنا می کنند و ارتباط عاطفی مناسب بین مادر و اعضای خانواده خصوصاً همسر و کادر بیمارستانی برقرار می شود. در تمامی جلسات آمادگی و حتی در زمان زایمان همسر نیز حضور دارد و همین مسئله برای مادر حمایت جدی محسوب می شود و باعث کاهش ترس و اضطراب او می گردد. در مطالعات مختلف داشتن همسر بدون حمایت و عدم مشارکت مردان باعث افزایش اختلالات روانی در طول بارداری می شود (۴۵-۴۷) که همگی با مطالعه ما هم خوانی داشتند. در نهایت می توان چنین نتیجه گیری کرد مراقبت های دوران بارداری فرصت مناسبی است تا ناراحتی های هیجانی زن باردار و نگرانی های وی، مورد مطالعه، پیشگیری و درمان قرار گیرد. بسیاری از مادران باردار نگران سلامت جنین هستند. بسیاری نگران این مسئله هستند که آیا از عهده زایمان بر می آیند یا خیر، جنسیت نوزاد، توانایی یا عدم توانایی در تربیت فرزند، مسائل مالی و نگرانی های تأمین آن قبل و بعد از زایمان از نگرانی های موجود است، لذا بهداشت روان دوران بارداری از مسائلی است که امروزه بسیار مورد توجه است و نیاز به کمک و حمایت اطرافیان دارد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که انتظارات زنان باردار در دوران بارداری بیشتر شده و نیاز به حمایت و محبت بیشتری در این دوران دارند. اهتمام به ارتقای مشارکت مردان در مراقبت های دوران بارداری و زایمان از دیدگاه

maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum Reproduc 2007;22(3):869-77.

¹¹ Kitamura

¹⁰ Da Costa

2. Shahnazi H, Sabooteh S, Sharifirad G, Mirkarimi K, Hassanzadeh A. The impact of education intervention on the Health Belief Model constructs regarding anxiety of nulliparous pregnant women. *J Educ Health Prom* 2015;4.
3. Ahadi M, Taavoni S, Ganji T, Hosseini F. Comparison of Maternal Anxiety between Primigravid Women and Pregnant Women with the History of Previous Fetal or Neonatal Death. *Iran J Nurs* 2006;19(47):49-55.
4. Nasiri M. *Pregnancy and Childbirth mental health*. Tehran: Iran: Boshra Publication; 1997.
5. Bazrafshan MR, Ghorbani Z. The Effect of slow stroke back massages on anxiety among primigravid women. *Hayat* 2010;16(1):34-40.
6. Ruchala PL, Halstead L. The postpartum experience of low-risk women: A time of adjustment and change. *Maternal-Child Nursing Journal* 1994; 22(3), 83-9.
7. Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. 1What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC public health* 2010;10(1):611.
8. Light HK, Fenster C. Maternal concerns during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1974;118(1):46-50.
9. Statham H, Green JM, Kafetsios K. Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth* 1997;24(4):223-33.
10. Georgsson Öhman S, Saltvedt S, Grunewald C, Waldenström U. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(7):634-40.
11. Kleinveld JH. *Psychological consequences of prenatal screening*. Amsterdam: Dissertation VU Medical Centre; 2008. P.18.
12. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38(5):567-76.
13. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience Biobehav Rev* 2008;32(6):1073-86.
14. UNFPA W. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*. Geneva, Switzerland: Report of UNFPA and WHO; 2008;
15. Costa DD, Rippen N, Dritsa M, Ring A. Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2003;24(2):111-9.
16. Ghazavi H, Ahadi M, Aghasi Yazdi Z, Behzadmehr A. Anxiety in pregnancy. *J Raze Behzistan* 2008;17(35):19-21.
17. Leyli M, Ehsan G. The assessing mental health in pregnancy and relative psychopathologic factor in jahrom. *Pars J Med Sci* 2007;5(5):22-9.
18. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during Pregnancy: A Risk Factor for Neonatal Physical outcome? *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011;9(1):22-9.
19. Carter M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. *Soc Sci Med* 2002;55(3):437-50.
20. Martin LT, McNamara MJ, Milot AS, Halle T, Hair EC. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal

- smoking. *Maternal Child Health J* 2007;11(6):595-602.
21. Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(3):149-56.
 22. Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM. The impact of paternal involvement on fetal-infant morbidity among Whites, Blacks and Hispanics. *Maternal Child Health J* 2010;14(5):735-41.
 23. Alio AP, Mbah AK, Kornosky JL, Wathington D, Marty PJ, Salihu HM. Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. *J Commun Health* 2011;36(1):63-8.
 24. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health* 2010;13(4):327-38.
 25. Rabieipoor S, Khodaei A, Radfar M, khalkhali H. The relationship between husbands' participation in prenatal care and mental health of pregnant women referred to health centers in Urmia, 1392. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13 (4) :338-47.
 26. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol* 2003;8(6):753-64.
 27. Yousefi R. Psychometric properties of Persian version of renataldistressquestionnaire (PDQ). *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(3):215-25.
 28. Riyazi S, Lotfalizadeh M, Shakeri MT, Jafari Suny H. comparing the effects of group and individual education on worry and anxiety of pregnant women about fetal chromosomal disorders screening tests. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(157):1-10.
 29. Mahram B. Validation of Eshpil berger anxiety test in Mashhad. (Dissertation). Tehran: University of Education; 1994.
 30. Zaree Mobini F. Effect of smelling lavender essential oil on the first stage of labor anxious, in nulliparous women. (Dissertation). Mashhad: Nursing and Midwifery Mashhad University of Medical Sciences; 2008.
 31. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch General Psychiatry* 1986;43(6):569-73.
 32. Liamputtong P, Naksook C. Perceptions and experiences of motherhood, health and the husband's role among Thai women in Australia. *Midwifery* 2003;19(1):27-36.
 33. Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on new born outcomes: a controlled prospective study. *Soc Sci Med* 1990;30(5):597-604.
 34. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital: a randomized controlled trial. *JAMA* 1991;265(17):2197-201.
 35. Somers-Smith MJ. A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery* 1999;15(2):101-8.
 36. Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Rose L, Sharps P. The Role of Mental Health on Maternal-Fetal Attachment in Low-Income Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012;41(6):E71-E81.
 37. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med* 2004;59(7):1379-95.

38. Iliyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Aliyu MH. Birth preparedness, complication readiness and fathers' participation in maternity care in a northern Nigerian community. *Afr J Reproduc Health* 2010;14(1).
39. Simbar M, Nahidi F, Ramezankhani A. Fathers' educational needs about perinatal care: A qualitative approach. *Hakim Res J* 2009;12(2):19-31.
40. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Soc Sci Med* 2006;62(11):2798-809.
41. Modares N, Motamedi B, Ameri M. Couples attitude towards husband attendance in labour ward. *J Gonabad Univ Med Sci* 2004;10:28-34.
42. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323(7307):257-60.
43. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disorders* 2000;59(1):31-40.
44. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda M. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90(6):446-50.
45. Leifer G. *Maternity Nursing*: Elsevier Saunders; 2007.
46. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Person Soc Psychol* 1993;65(6):1243.
47. Tan H, Wen SW, Walker M, Demissie K. Missing paternal demographics: A novel indicator for identifying high risk population of adverse pregnancy outcomes. *BMC pregnancy and childbirth* 2004;4(1):21.

THE EFFECT OF COUPLE COUNSELLING BASED ON MARITAL SUPPORT on ANXIETY AND WORRY DURING PREGNANCY

Samira barjaste¹, saeedeh alizadeh², fatemeh Moghaddam Tabrizi^{3*}

Received: 12 Sep, 2017; Accepted: 28 Nov, 2017

Abstract

Background & Aims: Pregnancy worry and anxiety are recognized as barriers in labor progress. This study was conducted to determine the effect of couple counseling based on marital support on anxiety and worry during pregnancy who referred to the selected Health centers in Urmia.

Materials & Methods: This clinical trial study was performed on 60 pregnant women and their spouses with gestational age between 18-32 weeks at Urmia selected health care centers in 2014. Data collection tool was individual information form, Cambridge worry and Spielberger anxiety inventory. Those women were randomly entered into the study groups (30 couple in each group). The intervention group in once a week, to 6 Session, was counseled. The non-intervention group received the normal prenatal care. Data was analyzed by SPSS-20, Mann- Witney-U, and T-test Wilcoxon rank tests. P-value less than 0.05 was considered significant.

A randomized controlled trial was conducted. Sixty pregnant women and their spouses during 18-32 gestational weeks were randomly assigned into intervention (n=30) and control group (n=30) in 2014. The couples in intervention group invited to attend in couple counseling based on marital support sessions, and the control group received only routine prenatal care. State/trait anxiety was measured with the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, worry during pregnancy was measured with the Cambridge Worry Scale.

Results: Mean score of total worry in pregnant women was significantly different in two groups of intervention group and control group (P< 001). Also, mean score of socio-medical, socio-economic, Health and Relationships were significantly different in two groups of intervention group and control group (P< 001). Also, mean score of state anxiety and trait anxiety in pregnant women were significantly different in two groups of intervention group, and control group (P<001).

Conclusion: Couple counselling Based on marital support reduced their worry and anxiety during pregnancy. For reduction of worry and anxiety of pregnant women, during pregnancy counseling with Women with husbands was suggested.

Keywords: Counseling, anxiety Worry, marital support, pregnant women

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: fntabrizi@gmail.com

¹ MSc Student, Student Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc Student, Student Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Assistant Professor of Nursing and Midwifery, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)