

تأثیر آموزش مشارکت پدران در مراقبت‌های حین بارداری بر اضطراب و دل‌بستگی مادر-جنین در زنان نخست باردار ناخواسته در شرایط بیماری کووید-۱۹

منصوره مکبریانی*^۱، حوریه دهقان‌پوری^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۱۱/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری، به‌منظور ارتقاء سلامت مادران و کودکان همواره موردتوجه نهادهای بین‌المللی بوده است. هدف از پژوهش حاضر تأثیر آموزش مشارکت پدران در مراقبت‌های حین بارداری بر اضطراب و دل‌بستگی مادر-جنین در زنان نخست باردار ناخواسته در شرایط بیماری کووید-۱۹ بود.

مواد و روش کار: جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان بارداری اول ناخواسته مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) شهرستان سمنان بودند که با توجه به معیارهای پژوهش ۶۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (بُر زدن کارت‌ها) به دو گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند. پدران و مادران گروه تجربی طی ۸ جلسه ۲۰ الی ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش‌های دوران بارداری توسط ماماها قرار گرفتند و زنان گروه کنترل همین آموزش‌ها را بدون حضور همسران سپری کردند. یک روز قبل از شروع و یک روز بعد از اتمام پژوهش، میزان اضطراب و دل‌بستگی مادر-جنین به ترتیب با پرسشنامه‌های اسپیلبرگر و کرانلی اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) در سطح معناداری $P \leq 0/007$ نشان داد که زنان گروه تجربی نسبت به گروه کنترل پس از مداخله موردنظر، کاهش معناداری در میزان اضطراب و افزایش معناداری در میزان دل‌بستگی به جنین داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر و درعین حال کم‌هزینه جهت کاهش اضطراب و بهبودی دل‌بستگی مادر به جنین در زنان نخست باردار در شرایط بارداری ناخواسته و بیماری کووید ۱۹ که توأم اضطراب بارداری را مضاعف می‌سازد، به کار رود.

کلید واژگان: همسران، بارداری، اضطراب، دل‌بستگی، کووید-۱۹

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۳۷، اسفند ۱۳۹۹، ص ۹۹۵-۱۰۰۴

آدرس مکاتبه: دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۳۳۱۹۱۷۲

Email: mokaberian@shahroodut.ac.ir

مقدمه

می‌شود. در کشور ما آمارهای متفاوتی از بارداری ناخواسته وجود دارد و همه آن‌ها شیوع بالای بارداری ناخواسته را در ایران (۲۷،۸ درصد) نشان می‌دهد (۳). این نوع بارداری موجب افزایش خطر مرگ‌ومیر مادران و کودکان شده و زنان را با درجات بالایی از اضطراب و افسردگی مواجه می‌سازد (۴). نتایج برخی از مطالعات نشان داده است که اضطراب و استرس شدید در دوران بارداری می‌تواند نتیجه بارداری را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای منفی بسیاری داشته باشد (۵-۷).

یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی زنان، بارداری است که غالباً با استرس و اضطراب همراه هست (۱). اختلال‌های اضطرابی در دوران بارداری شایع بوده و با نتایج جدی و پایداری، هم برای مادر و هم برای کودک مرتبط هستند، لذا توانایی زنان برای سازگاری با تغییرات دوران بارداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲). این در حالی است که، بارداری ناخواسته مشکلات ناشی از بارداری را مضاعف می‌کند. به بارداری‌هایی که فرد اساساً تصمیمی برای بچه‌دار شدن در آینده نداشته باشد، بارداری ناخواسته گفته

^۱ استادیار رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار مدیریت و برنامه‌ریزی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران

توانمندسازی زنان برای کاهش مرگومیر، بهبود وضعیت سلامت زنان و کاهش نابرابری‌ها قرار داده‌اند؛ زیرا این دو اثر هم‌افزایی و مثبت بر هم دارند (۱۶، ۱۷). نتایج نشان داده که در اغلب کشورها، مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری معمول نبوده یا به‌طور غیرمستقیم در این امر دخیل‌اند. دو دیدگاه در مورد جایگاه و موقعیت مردان در وقایع مربوط به بارداری وجود دارد؛ طبق دیدگاه اول، بارداری و زایمان تجربه‌ای است منحصر به زنان و مردان نقش ثانویه دارند اما بر طبق دیدگاه دوم، بارداری مقطع زمانی مهمی برای تعامل و گفتگوی زوجین می‌باشد (۱۴). بر اساس دیدگاه دوم، مشارکت بین زوجین می‌تواند بر سلامت مادر - جنین و ارتباط و دلبستگی بین آن‌ها اثرات بسزایی داشته باشد.

رابطه اولیه بین مادر و جنین قبل از تولد، تحت عنوان دلبستگی مادر به جنین توصیف شده است. مادری که در طی بارداری به جنین خود دلبستگی پیدا می‌کند، آماده است تا پس از زایمان ارتباط لذت‌بخشی را با نوزاد برقرار کند (۱۸). دلبستگی رابطه‌ای گرم، صمیمانه و پایا بین مادر و کودک است که برای هر دو رضایت‌بخش بوده و تعامل مادر و نوزاد را تسهیل می‌کند. این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج بیشتر می‌شود. به‌طوری‌که در سه ماه سوم به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۱۹).

نتایج نشان داده که مشارکت همسران در دوران بارداری می‌تواند نتایج بارداری را تحت تأثیر قرار دهد و از خطر تولد نوزادان زودرس، کم‌وزن و رشد درون رحمی بکاهد (۲۰). در مطالعه کلهری و همکاران (۱۳۹۹) آموزش همسران در دوران بارداری موجب کاهش اضطراب زنان باردار و هدایت آنان به سمت زایمان طبیعی گردید (۲۱). در پژوهش ربیعی پور و همکاران (۱۳۹۴) رابطه مستقیم و معناداری بین سلامت روان زنان باردار و مشارکت همسران وجود داشت (۱۳). در مطالعه سیمبر و همکاران (۱۳۸۸) اکثریت زنان و مردان، مشارکت پدران را به معنی حمایت روانی از مادر و کمک در انجام مسئولیت‌های منزل می‌دانستند (۲۲). نتایج فتح‌نژادکازمی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری اثرات مثبتی بر پیامد مادر و کودک داشته و افزایش انتظارات زنان و هسته‌ای شدن خانواده‌ها از دلایل لزوم مشارکت مردان ذکر شده اما باوجود نگرش مثبت زوجین به مشارکت مردان، موانعی مانند عدم آگاهی مردان و نقش تعریف‌نشده آن‌ها در مورد مراقبت‌های بارداری، مسائل اقتصادی، فرهنگی و مشکلات مربوط به سیستم بهداشتی سد راه مردان

از سوی، در اوایل سال ۲۰۲۰، ویروس جدیدی به نام کووید-۱۹ به‌سرعت در سراسر جهان همه‌گیر شد که نه‌تنها ارائه خدمات درمانی، بهداشتی، مراقبتی و آزمایشگاهی را برای زنان باردار به چالش کشید (۸) بلکه باعث ایجاد بار روانی منفی در زنان باردار و همچنین ایجاد نگرانی، عدم اطمینان، اضطراب و استرس بیش‌تر در میان آن‌ها شد (۹). به‌طور کلی تمام افراد در معرض بیماری کووید-۱۹ هستند، اما به دلیل وضعیت ایمنی خاص در دوران بارداری و افزایش خطر عفونت‌ها در بین این افراد، توجه زیادی به این موضوع نیاز است (۱۰). دریا^۱ و همکاران (۲۰۲۱) بیان داشتند زنان باردار ممکن است در طول همه‌گیری کووید-۱۹، از احتمال عفونت به جنین نگران باشند و بیش‌تر در معرض اضطراب قرار بگیرند (۹). در تحقیق وو^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، نیز زنان باردار پس از اعلام بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، علائم افسردگی، اضطراب و استرس بالاتری نسبت به قبل از همه‌گیری داشتند (۱۱). دو^۳ و همکاران (۲۰۲۰)، نیز گزارش کردند که زنان باردار در مورد خطر ابتلا به کووید-۱۹، نگرانی‌های شدیدی را تجربه می‌کنند (۱۲). بنابراین به نظر می‌رسد به دلیل غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و محدودیت‌های بیماری کووید-۱۹، زنان باردار بیش‌تر تحت تأثیر قرار بگیرند و سطح استرس و اضطراب آن‌ها بالا رود. بنابراین، مدیریت وضعیت روانی زنان در دوران بارداری بسیار مهم است (۹). مطالعات گوناگونی تأثیر انواع مداخلات در دوران بارداری را بر وضعیت روانی زنان موردبررسی قرار داده‌اند. ورزش‌هایی مانند یوگا، ماساژ، رایحه‌درمانی، خنده‌درمانی، موسیقی‌درمانی، روش‌های تنفسی و آرام‌سازی نیز از جمله فن‌های مؤثر در کاهش اضطراب در دوران بارداری هستند (۷). یکی از راهکارهای ساده و درعین‌حال مهم برای سلامت جسمی و روانی زن در دوران بارداری مشارکت و حمایت افراد نزدیک به‌خصوص همسر زنان باردار در این امر خطیر می‌باشد (۱۳). مشارکت مردان از جمله مؤلفه‌های مهم به‌منظور توانمندسازی زنان در ارتقاء بهداشت باروری-جنسی محسوب می‌شود (۱۴). باوجوداین، در طول تاریخ، کمتر توجهی به نقش مردان در برنامه‌های بهداشت باروری شده است (۱۵). درواقع منظور از مشارکت مردان، مسئولیت‌پذیری آنان در زمینه بهداشت باروری و حمایت از همسر برای مقابله با دشواری‌های حیات جنسی و توفیق در این راه بوده و این مسئولیت‌پذیری از روابط جنسی سالم، فرزندآوری، تغذیه کودک تا تربیت فرزندان و از به‌کارگیری روش‌های جلوگیری از بارداری تا حمایت‌های دیگر را شامل می‌شود (۱۴). بسیاری از کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی، اولویت برنامه‌های بهداشت باروری خود را ارتقاء مشارکت مردان و

3. Du

1. Derya

2. Wu

۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال اول آن مربوط به اضطراب صفتی است و ۲۰ سؤال دیگر آن، اضطراب حالتی را می‌سنجد. نمره‌دهی این پرسشنامه با مقیاس لیکرت می‌باشد که هر سؤال از ۱ تا ۴ و به صورت هرگز، کم، متوسط، زیاد نمره‌گذاری می‌شود و بر اساس نمرات به دست آمده، اضطراب به سه دسته خفیف (۳۹-۲۰)، متوسط (۵۹-۴۰) و شدید (۸۰-۶۰) تقسیم می‌شود. از این آزمون در اکثر مقالات پژوهشی غربی به منظور بررسی میزان اضطراب، استفاده شده است (۲۶، ۲۷). حسینی (۱۳۸۱) با ۲۴۴ نمونه، به تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه پرداخته است. تعیین پایایی از طریق دونیمه کردن آزمون انجام گردیده که پایایی آزمون، برای زنان در بخش اضطراب حالتی ۷۹٪ و در بخش صفتی ۹۴٪ محاسبه شده است (۲۸). در این تحقیق، ضریب آلفای کرونباخ به منظور تعیین همسانی (ثبات درونی) سؤالات، در توزیع پرسشنامه به صورت مطالعه مقدماتی، بررسی شد و میزان آن ۰/۷۹ بود که نشان‌دهنده مکفی بودن پایایی پرسشنامه می‌باشد.

ضمناً جهت بررسی میزان دل‌بستگی مادر به جنین از پرسشنامه دل‌بستگی مادر- جنین استفاده شد. این پرسشنامه توسط کرانلی^۵ (۱۹۸۱) ساخته شده است و دارای ۲۴ گویه می‌باشد و خرده مقیاس‌های آن عبارتند از: ۱- تعامل با جنین ۲- نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین ۳- از خودگذشتگی ۴- تمایز بین خود و جنین ۵- پذیرش نقش مادر. این پرسشنامه، بر اساس مقیاس پنج‌گانه لیکرت از گزینه قطعاً بلی (نمره ۵) تا گزینه قطعاً خیر (نمره ۱) درجه‌بندی شده است. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۲۴ و ۱۲۰ می‌باشد و نمره دل‌بستگی کل از مجموع نمرات پنج خرده‌مقیاس حاصل می‌شود. در پرسشنامه حاضر، نمره بالاتر نشانگر دل‌بستگی بیشتر مادر و جنین می‌باشد (۲۹). در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۸۸) روایی صوری و محتوایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شد (۳۰).

بعد از انتخاب گروه‌های مورد مطالعه، از مطب‌ی‌کی از متخصصین زنان جهت همکاری در این پژوهش استفاده گردید. زن باردار در گروه تجربی در هر جلسه با همسر در اتاقی مخصوص که برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شده بود و با حفظ پروتکل‌های بهداشتی با ماما حضور پیدا می‌کرد و مدت هر جلسه بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و به صورت فردی بود. در این جلسات، زنان در حضور همسران تحت مراقبت‌هایی همچون اندازه‌گیری وزن، بررسی رشد جنین با معاینه شکم زن و شنیدن صدای قلب جنین، قرار می‌گرفتند. علاوه بر ارائه اطلاعات به شکل حضوری، مطالبی

جهت همکاری در مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشند (۱۴). لذا کم‌دانشی مردان در زمینه مراقبت‌های دوران بارداری، نقش ماماها و پرستاران را به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های قبل و حین زایمان، پررنگ‌تر می‌سازد.

با توجه به مطالب فوق و اهمیت دوران بحرانی بارداری برای زنان، خصوصاً زنان با بارداری ناخواسته، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مشارکت پدران در مراقبت‌های حین بارداری بر اضطراب و دل‌بستگی مادر-جنین در زنان نخست باردار ناخواسته در شرایط بیماری کووید-۱۹ بود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی یک-سوکور به صورت موازی با دو گروه مداخله و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.SSRC.REC.1399.087 از پژوهشگاه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان بارداری اول ناخواسته مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) شهرستان سمنان بودند. از آنجا که دیسترس روانی در سه‌ماهه سوم بارداری نسبت به سه‌ماهه اول و دوم بیشتر است و با نزدیک شدن به زمان زایمان، اضطراب و نگرانی‌های مادر افزایش می‌یابد (۲۳)، زنانی که در سه‌ماهه آخر بارداری بودند در نظر گرفته شدند. با بررسی پرونده پزشکی آن‌ها و با توجه به شرایط ورود به مطالعه، در یک بازه زمانی یک‌ماهه (مهرماه ۱۳۹۹) ۶۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب و به شکل تصادفی ساده (برزدن کارت‌ها) در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: سن ۳۵-۱۸ سال مادر؛ بارداری تک قلو؛ عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن؛ عدم استفاده از داروهای روان‌گردان، الکل و سیگار؛ اولین بارداری، ناخواسته بودن و عدم سابقه نازایی و سقط‌جنین؛ داشتن حداقل سواد سیکل؛ عدم رخداد حوادث استرس‌زا در زندگی طی ۶ ماه گذشته؛ بارداری کم‌خطر (۲۴، ۲۵).

معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز هرگونه حادثه ناگوار در طول مطالعه؛ عدم رضایت آزمودنی به ادامه حضور در پژوهش؛ عدم حضور همسر برای حداقل دو جلسه؛ رخ دادن مشکلات مامایی و اعلام منع از پژوهش از جانب پزشک متخصص زنان بود.

جهت سنجش اضطراب حالتی مادران از پرسشنامه اضطراب صفتی - حالتی اسپیلبرگر^۴ استفاده گردید. این پرسشنامه دارای

⁵ Cranley

⁴ Spielberger State- Trait Anxiety Inventory

تعدیل بونفرونی گفته می‌شود و جهت کاستن از خطای نوع اول به کار می‌رود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار اسپاس نسخه ۲۰ انجام شد. قبل از اجرای آزمون مانکوا، پیش‌فرض‌های این آزمون، یعنی بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S)، بررسی همگی واریانس-کواریانس از طریق آزمون باکس، هم‌بستگی متعارف هم‌پراش‌ها با یکدیگر از طریق ضریب همبستگی پیرسون و بررسی تعامل بین متغیرهای هم‌پراش با متغیر مستقل با آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه انجام گردید و تمامی پیش‌فرض‌های مذکور تأیید شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی دو گروه نشان داد که بین سن مادر ($p=0/22$, $X^2=16/26$)، تحصیلات مادر ($p=0/42$)، تحصیلات پدر ($p=0/71$, $X^2=0/85$)، شغل مادر ($p=0/56$, $X^2=0/30$)، شغل پدر ($p=0/16$, $X^2=4/21$)، و وضعیت اقتصادی خانواده ($p=0/18$, $X^2=0/83$)، در گروه‌های مورد مطالعه تفاوتی وجود نداشت ($p>0/05$). در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه تجربی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است (جدول ۱).

در قالب بروشور به زوجین داده می‌شد که شامل تغذیه صحیح در دوران بارداری، افزایش وزن مناسب بر اساس شاخص توده بدن، گروه‌های غذایی و تعداد سهم‌های موردنیاز زنان باردار از هر گروه، مقایسه نوع زایمان طبیعی و سزارین، فواید شیر مادر و شیردهی بود (۱۵). در ادامه مطالب بروشور، با توجه به کتاب بسیار جامع راهنمای بارداری برای پدران که در آن به جزئیات مهم روانی و نکات مربوط به جسم و رشد جنین، مسائل و مراحل مختلف بارداری در سه ماهه‌های مختلف بارداری پرداخته شده، با توجه به هدف پژوهش، بخش مراقبت‌های سه‌ماهه سوم از کتاب مذکور آورده شد (۳۱). تمامی مراحل پژوهش طی ۸ جلسه (هفته‌های ۳ و ۲ جلسه‌ای) صورت پذیرفت. مادران باردار در گروه کنترل، بدون حضور همسران تمامی مطالب و مراحل آموزشی را سپری کردند.

به‌منظور بررسی و تحلیل آماری داده‌های خام به‌دست‌آمده از آمار توصیفی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و برای بررسی تفاوت‌های موجود در متغیرهای موردپژوهش در دو گروه از آزمون مجذور کای و تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد و اندازه‌های حاصل از پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای هم‌پراش مدنظر قرار گرفت. سطح معناداری با تقسیم سطح مرسوم ۰/۰۵ بر تعداد متغیرهای وابسته (۷ تا)، ۰/۰۰۷ در نظر گرفته شد که به این روش

جدول (۱): شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه تجربی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون
تعامل با جنین	تجربی	۳۰	۱۶/۴۳±۱/۲۲	۲۲/۲۳±۱/۸۵
	کنترل	۳۰	۱۶/۷۶±۱/۱۳	۱۹/۲۳±۱/۵۲
نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین	تجربی	۳۰	۱۸/۹۶±۱/۲۹	۱۹/۳۳±۱/۵۸
	کنترل	۳۰	۱۹/۱۰±۱/۵۳	۱۷/۹۳±۱/۴۸
از خودگذشتگی	تجربی	۳۰	۱۷/۹۰±۱/۰۹	۲۱/۲۶±۲/۵۵
	کنترل	۳۰	۱۷/۰۳±۲/۰۷	۱۹/۰۶±۱/۱۷
تمایز بین خود و جنین	تجربی	۳۰	۱۵/۴۸±۱/۹۲	۱۸/۰۰±۱/۰۸
	کنترل	۳۰	۱۵/۶۶±۱/۴۴	۱۵/۵۳±۱/۶۳
پذیرش نقش مادر	تجربی	۳۰	۱۵/۴۶±۱/۵۲	۱۸/۶۳±۱/۰۹
	کنترل	۳۰	۱۴/۷۰±۱/۷۴	۱۶/۷۰±۱/۲۰
دلبستگی کل مادر-جنین	تجربی	۳۰	۸۴/۱۳±۴/۷۳	۹۸/۱۶±۳/۸۰
	کنترل	۳۰	۸۳/۲۶±۴/۷۴	۸۵/۴۶±۳/۲۸
اضطراب	تجربی	۳۰	۴۱/۶۰±۲/۱۷	۳۸/۵۳±۰/۹۳
	کنترل	۳۰	۴۲/۰۶±۱/۲۸	۴۱/۵۰±۱/۵۷

در ادامه جهت بررسی تأثیر مداخله موردنظر پژوهش بر خردمقیاس‌های دل‌بستگی مادر-جنین و همچنین اضطراب مادران از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر مداخله مشارکت مردان بر دل‌بستگی مادر-جنین و اضطراب زنان باردار در

گروه‌های تجربی و کنترل							
متغیر	نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	F	سطح معناداری	مجذور اتا
دل‌بستگی و اضطراب	آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۵۶	۵	۵۳	۳۲/۸۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۴۴	۵	۵۳	۳۲/۸۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۶
	آزمون اثر هتلینگ	۳/۱۰۱	۵	۵۳	۳۲/۸۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۶
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه	۳/۱۰۱	۵	۵۳	۳۲/۸۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۶
روی							

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها بیانگر این هستند که بین دو گروه تجربی و کنترل حداقل در یکی از خردمقیاس‌های دل‌بستگی مادر-جنین و اضطراب مادران ($F=32/87, p<0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد. ضمناً میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۵ می‌باشد که نشان می‌دهد ۷۵٪ تفاوت‌های متغیرهای دل‌بستگی و اضطراب در دو گروه زنان باردار ناشی از تأثیر مداخله موردنظر پژوهش است. بنابراین، برای پی بردن به این‌که در کدام یک از خردمقیاس‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون خردمقیاس‌های دل‌بستگی مادر-جنین و اضطراب در زنان باردار

در گروه‌های تجربی و کنترل							
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تعامل با جنین	پیش‌آزمون	۳/۴۸۴	۱	۰/۱۸۱	۳/۴۸۴	۰/۲۶	۰/۱۹۷
	گروه	۲۲۷/۰۸	۱	۱۶۲/۸۲	۲۲۷/۰۸	**۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵
نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین	خطا	۱۵۴/۳۱	۵۶	۲/۷۵			
	پیش‌آزمون	۱/۵۲	۱	۱/۵۲	۰/۶۳۳	۰/۴۳۰	۰/۰۱۱
از خودگذشتگی	گروه	۳۰/۱۷۰	۱	۳۰/۱۷۰	۱۲/۵۱	**۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۳
	خطا	۱۳۴/۹۵	۵۶	۲/۴۱			
تمایز بین خود و جنین	پیش‌آزمون	۴/۰۵۷	۱	۴/۰۵۷	۱/۰۶	۰/۳۰۶	۰/۰۱۹
	گروه	۷۵/۸۷	۱	۷۵/۸۷	۱۹/۹۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۳
پذیرش نقش مادر	خطا	۲۱۲/۶۶	۵۶	۳/۷۹			
	پیش‌آزمون	۵/۰۸	۱	۵/۰۸	۲/۶۷	۰/۱۰۸	۰/۰۴۶
پذیرش نقش مادر	گروه	۹۲/۷۴	۱	۹۱/۱۱	۴۸/۸۲	**۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۶
	خطا	۱۰۶/۳۸	۵۶	۱/۹۰			
پذیرش نقش مادر	پیش‌آزمون	۰/۹۶	۱	۰/۹۶	۰/۷۲	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱
	گروه	۱۱/۲۳	۱	۱۱/۲۳	۸/۳۸	**۰/۰۰۵	۰/۱۳۰

خطا	۷۵/۰۵	۵۶	۱/۳۴		
دلبستگی کل مادر- جنین	پیش‌آزمون	۹/۱۹	۱	۹/۱۹	۰/۱۳
خطا	گروه	۱۷۸۵/۴۴	۱	۱۷۸۵/۴۴	۰/۷۱۲
خطا	خطا	۷۲۳/۳۶	۵۶	۱۲/۹۱	**۰/۰۰۰۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۵/۵۴	۱	۵/۵۴	۰/۰۷۲
خطا	گروه	۱۱۱/۴۴	۱	۱۱۱/۴۴	۰/۶۰۸
خطا	خطا	۷۱/۷۰	۵۶	۱/۲۸	**۰/۰۰۰۱

xx سطح معناداری ۰/۰۷ p ≤

سلامت روان زنان و مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری بود (۱۳). کریمی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در زنان باردار پرداختند. نتایج نشان داد با افزایش میزان حمایت اجتماعی از جانب خانواده، میزان اضطراب در زنان باردار از همه‌گیری این بیماری کاهش معناداری یافت. در این پژوهش بر وجود تمهیدات حمایتی از طرف خانواده در زمان همه‌گیری ویروس کرونا تأکید شد (۳۳). در مطالعه کلهری و همکاران (۱۳۹۹) زنان گروه آزمایش که در اواخر سه‌ماهه دوم و اوایل سه‌ماهه سوم بارداری بودند تحت روش‌های کاهش درد دارویی و غیر دارویی و نیز آموزش به همسر قرار گرفتند. نتایج نشان داد این روش‌های مداخله در کاهش اضطراب زنان باردار و هدایت آنان به سمت زایمان طبیعی مؤثر بود (۲۱). ه طور کل؟ همان‌گونه که پژوهش‌های مربوط به حیطة مشارکت همسران در دوران بارداری نشان می‌دهد، مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش شرایط تنش‌زای روانی در زنان باردار داشته باشد. پژوهش‌های صورت گرفته در مورد دلبستگی مادر به جنین، بیشتر در خصوص انواع مداخلات آرام‌سازی در دوره بارداری مادر می‌باشد (۳۴، ۳۵) و مطالعاتی در زمینه تأثیر نقش پدران در مراقبت‌های دوران بارداری بر دلبستگی مادر به جنین یافت نشد. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه میزان دلبستگی به جنین در ۳۸۶ زوج مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ساری عنوان کردند که میزان دلبستگی مادر-جنین نسبت به پدر-جنین به‌طور معناداری متفاوت بود (۳۶). حمایت اجتماعی، نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان شرایط تنش‌زای دوران بارداری و سهولت تحمل مشکلات به‌شمار می‌رود و فقدان حمایت اجتماعی بر وضعیت روانی مادر در طول بارداری و پس‌از آن مؤثر است (۳۷). این حمایت توسط افراد مهم همچون دوستان و خانواده ایجاد می‌شود که در این میان، همسران به‌عنوان نزدیک‌ترین و تأثیرگذارترین فرد به زنان باردار می‌باشند (۳۸). برخی از مدل‌های

همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، با کنترل پیش‌آزمون، بین دو گروه از زنان باردار در تمامی خرده‌مقیاس‌های دلبستگی مادر-جنین و اضطراب آنان تفاوت معناداری وجود دارد که این موضوع به‌طور معناداری در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل بهتر بود ($p \leq 0.07$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری موجب کاهش معنادار اضطراب و افزایش معنادار دلبستگی مادر به جنین در زنان نخست باردار ناخواسته در شرایط بیماری کووید-۱۹ گردید. مطالعات معدودی تا به حال به بررسی مشارکت مردان در زمینه سلامت باروری پرداخته‌اند و مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری کمتر مورد توجه بوده است. این در حالی است که از زمان کنفرانس جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ بر درگیر کردن مردان برای ترویج بهداشت باروری و سلامت مادران و همچنین در رسیدن به اهداف توسعه هزاره تأکید زیادی می‌شود (۲۲). در همین راستا مطالعه رستمیان (۱۳۸۰) نشان داد، پدروانی که در مراقبت‌های پیش از بارداری مشارکت می‌کنند و از همسر خود حمایت روانی می‌کنند، موجب کاهش اضطراب، درد و خستگی مادر در طول بارداری و زایمان می‌شوند (۳۲). در مطالعه مرتضوی و همکاران (۱۳۹۲)، میانگین وزن زنان در اولین ویزیت بعد از زایمان در گروه مداخله که مشارکت همسران در مراقبت‌های بارداری را داشتند بیشتر از گروه کنترل بود و این زنان رضایت بیشتری از مشارکت همسرانشان در مراقبت از نوزاد و خرید مواد غذایی خاص برای حمایت از شیردهی نسبت به گروه بدون مداخله داشتند اما از نظر سایر پیامدها تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت (۱۵). ربیعی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی ارتباط بین مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری با سلامت روان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۲ پرداختند. نتایج پژوهش آنان حاکی از رابطه مستقیم و معنادار بین

نتایج پژوهش حاضر حاکی از بهبود اضطراب و دل‌بستگی مادران نخست باردار ناخواسته به جنین به‌واسطه مشارکت همسران توسط ماماها در مراقبت‌های دوران بارداری در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود مشارکت همسران در دوران بارداری ترویج بیشتری یابد. در این خصوص، می‌توان با بهره‌گیری از کلاس‌ها، کارگاه‌ها، تهیه بروشورها و کتابچه‌های مراقبت‌های دوران بارداری و آموزش لازم توسط پرستاران و ماماها در تمامی درمانگاه‌های زنان به پدران، بیش‌ازپیش به حمایت روانی زنان باردار در این دوران پرسترس پرداخت. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر متغیرهای روان‌شناختی زنان باردار مورد بررسی قرار گیرد. ضمن اینکه با در نظر گرفتن گروه‌های بیشتر، به مقایسه تأثیر مداخلاتی همچون آرام‌سازی، تصویرسازی و غیره در کنار مشارکت پدران پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مادران و پدرانی که تا انتهای پژوهش ما را یاری رساندند، قدردانی نمایند.

References:

1. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2019;80(4):0-.
2. Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Arch Womens Ment Health* 2012;15(6):445-57.
3. Beygi AM, Salehi NM, Bayati A. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak 2007. *Koomesh* 2009;10(3).
4. Shobeiri F, Ahang Poor P, Parsa P, Yazdi-Ravandi S. Comparing Health Condition Between Wanted and Unwanted Pregnancy of Women in Hamadan City. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019;27(2):82-8.
5. Sadeghi A, Sirati-Nir M, Ebadi A, Aliasgari M, Hajiamini Z. The effect of progressive muscle relaxation on pregnant women's general health. *IJNMR* 2015;20(6):655.
6. Vélez RR. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *CM*. 2011;42(4):476-81.
7. Shobeiri F, Taravati-Javad M, Soltani F, Karami M. Effects of progressive muscle relaxation counseling on anxiety among primigravida women referred to health care centers in Hamadan. *J Educ Community Health* 2015;2(2):1-9.
8. Meek C, Lindsay RS, Scott E, Aiken C, Myers J, Reynolds R, et al. Approaches to screening for hyperglycaemia in pregnant women during and after the COVID - 19 pandemic. *DM*. 2021;38(1):e14380.
9. Derya YA, Altıparmak S, Emine A, GÖkbulut N, Yılmaz AN. Pregnancy and birth planning during COVID-19: The effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery* 2021;92:102877.
10. Cosma S, Borella F, Carosso A, Sciarrone A, Cusato J, Corcione S, et al. The "scar" of a pandemic: Cumulative incidence of COVID - 19 during the first trimester of pregnancy. *J Med Virol* 2021;93(1):537-40.

11. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(2):240. e1-. e9.
12. Du L, Gu Y, Cui M, Li W, Wang J, Zhu L, et al. Investigation on demands for antenatal care services among 2 002 pregnant women during the epidemic of COVID-19 in Shanghai. *Zhonghua fu Chan ke za zhi* 2020;55(3):160-5.
13. Rabieipoor S, Khodaei A, Radfar M. The relationship between husband's participation in prenatal care and mental health of pregnant women referred to health centers in Urmia, 2013. *JUNMF* 2015;13(4):338-47.
14. Fathnezhad Kazemi A, Sharifi N, Simbar M. A review on different aspects of men's participation in antenatal care. *Jorjani Biomed J* 2017;5(1):13-1.
15. Mortazavi F, Akaberi A, Delara M. Male involvement in prenatal care: Impacts on pregnancy and birth outcomes. *JUNMF* 2014;12(1):63-71.
16. 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. WHO; 2002.
17. Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC pregnancy and childbirth* 2014;14(1):297.
18. Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery* 2010;26(2):e1-e9.
19. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Hayat* 2011;17(3):69-79.
20. 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.
21. Kalhori E MN, Mirzahoseini H. Efficacy of "Pharmacological and Non-Pharmaceutical" Pain Reduction Training and Spouse Training on Labor Anxiety in Pregnant Women. *Journal of Medical Council of Iran* 2020;38(2):99-104.
22. Simbar M, Nahidi F, Ramezani TF, Ramezan KA. Father's educational needs about prenatal care: A qualitative approach. *Hakim Res J*. 2009.
23. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Sleep quality in late pregnancy and postpartum depression. *IJOGL*. 2012;14(8):39-47.
24. Azimian J, Alipour Heidary M, Ranjkesh F. The effects of progressive muscle relaxation and guided imagery on gestational hypertension. *CMJA*. 2017;7(2):1906-17.
25. Nasiri S, Akbari H, Tagharrobi L, Tabatabaee AS. The effect of progressive muscle relaxation and guided imagery on stress, anxiety, and depression of pregnant women referred to health centers. *J Educ Health Promot*. 2018;7.
26. Gedney JJ, Glover TL, Fillingim RB. Sensory and affective pain discrimination after inhalation of essential oils. *Psychosom. Med*. 2004;66(4):599-606.
27. Hur M-H, Cheong N, Yun H, Lee M, Song Y. Effects of delivery nursing care using essential oils on delivery stress response, anxiety during labor, and postpartum status anxiety. *J Korean Acad Nurs* 2005;35(7):1277-84.
28. Hoseini M. The effect of Benson relaxation education on anxiety status and digestive sign in IBS patients of Faghihi and Motahari hospitals in Shiraz university medical science. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences. 2003.
29. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs. Res* 1981.
30. Abasi E, Tafazoli M. The effect of training attachment behaviors on primipara maternal fetal attachment. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2009;17(12):35-45.
31. Miller M. dad's guide to pregnancy for dummies: Tehran, Avand Danesh; 2014.

32. Rostamian. Qualitative study of the causes of the full involvement of men in family planning in Bushehr.Iran South Med J 2002;4(2):142-9.
33. Karimi L, Makvandi, S., Mahdavian, M., Khalili, R.. Relationship between Social Support and Anxiety caused by COVID-19 in Pregnant Women. IJOGI 2020;23(10):9-17.
34. Mokaberian M, Dehghanpouri H, Faez N, Vosadi E. The Effect of Progressive Muscle Relaxation with Imagery-based Relaxation on the Mental Health and Maternal-Fetal Attachment in Women with a First Unwanted Pregnancy. IJHS 2021;7(1):11-6.
35. Kordi M FM, Asgharipour N, Esmaily H. Effect of guided imagery on maternal fetal attachment in nulliparous women with unplanned pregnancy. JMRH 2016;4(4):723-31.
36. Abasi A TH, Hasanni S, Nasiri T Gh. Comparison of fetal attachment in couples referring to health centers in Sari. JHB 2013;1(12):13-8.
37. Elsenbruch S, Benson S, Rucke 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.
38. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. Soc Sci Med 2006;62(12):3048-61.
39. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Hosseini M. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. J Nurs Res 2012;7(26):1-10.

THE EFFECT OF FATHERS' PARTICIPATION IN PRENATAL CARE ON ANXIETY AND MATERNAL-FETAL ATTACHMENT IN UNWANTED FIRST PREGNANT WOMEN DURING COVID-19 PANDEMIC

Mansoureh Mokaberian¹, Houriyhe Dehghanpouri²

Received: 02 November, 2020; Accepted: 05 February, 2021

Abstract

Background & Aims: The participation of men in prenatal care has always been the focus of international organizations to promote the health of mothers and children. The aim of the present study is to investigate the effect of fathers' participation in prenatal care on anxiety and maternal-fetal attachment in unwanted first pregnant women during Covid-19 Pandemic.

Materials & Methods: The population of the present study was all the unwanted first pregnant women who referred to the gynecology clinic of Amiralmomenin Hospital in Semnan. According to the research criteria, 60 people were purposefully selected and by simple random sampling (cards shuffling) divided into experimental and control groups. The fathers and mothers of the experimental group underwent prenatal care training by midwives during 8 sessions of 20 - 30 minutes, and the women in the control group underwent the same training without the presence of their husbands. One day before and one day after the end of the research, anxiety and maternal-fetal attachment were measured by Spielberger and Cranley questionnaires, respectively.

Results: The results of the multivariate analysis of covariance indicated that after the intervention, women in the experimental group had a significant decrease in anxiety and a significant increase in fetal attachment compared to the control group ($p \leq 0.007$).

Conclusion: According to the present results, it can be said that the participation of father in prenatal care can be an effective and low-cost way to reduce anxiety and improve maternal-fetal attachment in first-time pregnant women in unwanted pregnancies and Covid-19 Pandemic. Increases pregnancy anxiety, is used.

Keywords: husbands, pregnancy, anxiety, attachment, Covid-19.

Address: Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood University of Technology, No. 316, Shahrood Town, P.O. Box 3619995161, Iran

Tel: (+98) +989123319172

Email: m.mokaberian64@gmail.com

¹ Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood University of Technology, Shahrood, Iran, (Corresponding Author)

² Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood University of Technology, Shahrood, Iran