

## بررسی تأثیر مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی، بر نگرانی زنان باردار: یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی

راضیه کرابی\* مریم فرجامفر\*\* فروغ السادات مرتضوی\*\*\* علی محمد نظری\*\*\*\* شهربانو گلی\*\*\*\*\*

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: حاملگی و مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود که در عین حال اغلب با استرس و نگرانی‌های متعددی همراه است. یکی از مناسب‌ترین مداخلات برای کاهش نگرانی و افزایش قدرت تصمیم‌گیری زنان باردار مشاوره است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی، بر نگرانی زنان باردار انجام گرفته است.

روش بررسی: این کار آزمایی بالینی تصادفی در مورد ۱۰۸ زن باردار، با سن بارداری ۶ تا ۱۹ هفته و نمره نگرانی  $\leq 55$  از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی سبزواری اجرا شد. گروه مداخله مشاوره راه حل محور و گروه کنترل مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت کردند. نگرانی‌های زنان باردار قبل، بعد، و دو ماه بعد از مداخله با نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی Cambridge بررسی شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، کای دو، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، تجزیه و تحلیل شد. در تمام آزمون‌ها  $p < 0/05$  معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرانی قبل از شروع مطالعه در گروه مداخله  $58/9(5/59)$  و در گروه کنترل  $58/8(4/37)$  بوده و تفاوت آماری معناداری مشاهده نشده است. این مقادیر بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $34/6(13/3)$  و  $57/7(8/78)$  و دو ماه بعد از مطالعه  $31/1(10/1)$  و  $54/6(10/9)$  بوده است. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که نگرانی زنان باردار در مورد زایمان و سلامت جنین، سلامت مادر و روابط خانوادگی، پس از مداخله و دو ماه پس از آن، در گروه مداخله در مقایسه با کنترل کاهش معناداری داشته ( $p < 0/01$ ) اما در زمینه مسایل اقتصادی و اجتماعی مشاوره کمک چندانی نکرده است ( $p = 0/523$ ).

نتیجه‌گیری: مشاوره راه حل محور شیوه مؤثر برای کاهش نگرانی‌های زنان باردار در زمینه سلامت جنین و مادر و روابط خانوادگی و زایمان است و می‌تواند در کنار مراقبت‌های بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT20180123038485N1

واژه‌های کلیدی: مشاوره، زنان باردار، آموزش‌های بارداری، روان درمانی، گروه، کار آزمایی تصادفی با گروه کنترل

نویسنده مسؤول: مریم فرجامفر؛ واحد توسعه پژوهش‌های بالینی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
e-mail: m.farjamfar@yahoo.com

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۴/۲

### مقدمه

بارداری یک دوره پر از انتظار خوشایند برای تولد نوزاد در زنان است که ممکن است

تحت تأثیر عوامل استرس‌زای روانی قرار گیرد. تحقیقاتی که پیرامون وضعیت روانی زنان در دوران بارداری انجام یافته، نشان می‌دهد که در هر سه ماهه بارداری عوامل استرس‌زای متعددی وجود دارد که منجر به ایجاد نگرانی در زنان می‌شود (۱). برخی از مطالعات نشان

\* کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
\*\* واحد توسعه پژوهش‌های بالینی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
\*\*\* گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران  
\*\*\*\* گروه آموزشی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
\*\*\*\*\* گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران؛ مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشکده علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

نقش زنان ممکن است منشأ نگرانی‌های متعدد، خصوصاً در زمینه زایمان شود و ممکن است آن‌قدر شدید باشد که باعث به وجود آمدن ترس از زایمان شود (۷). زنان مضطرب باردار ممکن است علایمی چون درد عضلانی، تپش قلب، خستگی، سردرد، درد معده، اختلال خواب، کابوس و بی‌خوابی را تجربه کنند (۸).

اضطراب مادر یک عامل تهدیدکننده نتایج بارداری است و ممکن است باعث افسردگی پس از زایمان شود (۹). تحقیق Mohler و همکاران نشان داد که اضطراب در دوران بارداری بر رشد و تکامل جسمی و رفتاری جنین تأثیر به‌سزایی دارد و موجب آسیب روانی غیرقابل اجتناب بر جنین می‌شود (۱۰). اضطراب و نگرانی طولانی مدت منجر به تحریک سیستم عصبی خودمختار و به دنبال آن منجر به انقباض عضلات صاف شریان‌ها شده و کاهش جریان خون رحمی - جفتی و در نتیجه اکسیژن‌رسانی به رحم را کاهش می‌دهد، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی می‌شود و احتمال زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (۱۱). نگرانی شدید در بارداری با نمره آپگار پایین، افزایش مرگ و میر در زمان تولد، تولد نوزاد کم‌وزن و نارس، حاملگی‌های پرخطر، افزایش تهوع، استفراغ، محدودیت رشد جنینی، آسپیکسی جنین و در نهایت افزایش میزان سزارین ارتباط داشته است (۱۲). برای کاهش نگرانی و اضطراب در بارداری روش‌های متفاوتی توصیه شده است. مشاوره یک روش ایمن و غیرتهاجمی است که در شرایط بحران توصیه می‌شود. یکی از مدل‌های مشاوره‌ای که امروزه نیز به علت مؤثر و

داده که نگرانی در سه ماهه اول و سوم بارداری بیش‌تر است (۲). تحقیقات دیگر نشان داده که نگرانی ممکن است در سراسر دوره بارداری در نوسان باشد. نگرانی به عنوان احساسات و افکار نامشخص و اغلب با بار منفی توصیف می‌شود و ترس به عنوان یک احساس قوی مرتبط به چیزی خاص توصیف می‌شود. مجموعه‌ای از حافظه، تصویرسازی، خاطرات قبلی و خلق و خو در ایجاد نگرانی دخالت دارند. نگرانی اغلب با احساس ناامنی، کم‌قدرتی و ناتوانی بروز می‌کند. اغلب افراد منشأ این حالت ناگوار را در بیرون از خود تلقی می‌کنند و سعی می‌کنند زندگی و محیط را مسئول آن بدانند. با این حال حتی در بهترین شرایط محیطی نیز درجاتی از نگرانی و اضطراب تجربه می‌شود (۳). در مطالعات متعدد شایع‌ترین علل نگرانی‌های زنان باردار در مورد احتمال از دست دادن نوزاد، سلامت کودک و زایمان ذکر شده است (۴). علاوه بر این، نگرانی‌های دیگری مانند نگرانی مالی، شغلی، نگرانی در مورد مسکن و سلامت خود و روابط زناشویی نیز ممکن است در زندگی روزمره زن باردار وجود داشته باشد (۵). بسیاری از زنان در دوران بارداری نگرانی‌های خفیف را تجربه می‌کنند، اما در برخی از زنان نگرانی‌ها ممکن است به قدری شدید باشد که جنبه آسیب‌شناختی پیدا کند. این نگرانی‌ها به صورت افکار منفی و غیرقابل کنترل در دوران بارداری تعریف شده است که می‌تواند باعث اضطراب شود (۶). تغییرات روانی در دوران بارداری، تغییر در ظاهر بدن، احساسات و روابط جنسی، چگونگی تطبیق با شرایط جدید و موقعیت و

مشکلات می‌باشد. معمولاً هر یک از اعضا مشکلات خود را در گروه مطرح می‌کند. بازخورد و مشکلات دیگر اعضا را نیز می‌شنود و در مورد آن‌ها نظر، احساسات و افکار خود را بیان می‌کند. روان‌شناس نیز به عنوان مدرس و عضو تسهیلگر و بی‌طرف، هر یک از اعضای گروه را در مسیر مناسب حل مشکلاتشان هدایت می‌کند.

در سیستم سلامت نیز برای مادران باردار برنامه‌های مشاوره در خصوص تنظیم خانواده، شیردهی و آمادگی برای زایمان در نظر گرفته شده است. آموزش‌هایی که در حال حاضر در سیستم سلامت برای مادران باردار ارائه می‌شود، عمدتاً از نوع انفرادی، چهره به چهره و گاهی به صورت ارائه جزوه و پمفلت آموزشی است، حال آن که آموزش گروهی نه تنها به مدت زمان کمتری نیاز دارد، بلکه می‌تواند حجم زیادی از اطلاعات را به مادران منتقل کند (۱۹).

نگرانی در بارداری می‌تواند بر تجربه بارداری تأثیر منفی گذاشته و تمایل زن را به بارداری مجدد کاهش دهد و یا آن را به تعویق اندازد. با توجه به سیاست‌های جمعیتی اخیر در کشور ما ضرورت دارد به زنان باردار کمک کنیم تا دوران بارداری را اتفاقی خوشایند تلقی کرده و با حداقل نگرانی سپری کنند. در این جهت، اولین قدم کاهش نگرانی‌های دوران بارداری است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد راه حل محور بر کاهش نگرانی‌های مادران در دوره بارداری اجرا شده است.

کوتاه بودن طرفداران بیش‌تری پیدا کرده است، مشاوره راه حل محور می‌باشد (۱۳). دیدگاه راه حل محور دیدگاهی غیربیماری شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعان کمک می‌کند تا برای مشکلات کنونی خود راه حل بیابند. این دیدگاه بر این جا و اکنون و آینده تأکید دارد. براساس دیدگاه درمان راه حل محور، تغییر و دگرگونی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع مشاوره تمرکز بر مسایلی است که احتمال تغییر در آن‌ها و نه در زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر وجود دارد (۱۴). این رویکرد به جای تأکید بر نقایص و ناتوانی‌های افراد، به برجسته کردن قابلیت‌ها و موفقیت‌های افراد و ایجاد روابط حمایتی در طی فرآیند درمان متمرکز است (۱۵). درمان کوتاه مدت راه حل محور یک رویکرد آینده محور و هدف محور است که بر راه حل‌ها و ساخت مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری پیشرفت مراجع تمرکز می‌کند (۱۶). درمان راه حل محور با کشف موارد استثنا در زندگی مراجع می‌تواند باعث امیدواری و کمک به داشتن آینده بهتر برای او شود (۱۷). در این درمان مراجع یک فرد خود رهبر محسوب می‌شود. فردی که امتیازات درونی و ویژگی منحصر به فردی را دارا می‌باشد. این تفاوت‌ها باعث می‌شود هر مراجع بتواند برای یافتن راه حل‌های ویژه خود اقدام کند (۱۸).

مشاوره گروهی یک سلسله فعالیت‌های سازمان یافته است که جنبه درمانی و پیشگیری دارد. هدف مشاوره گروهی در وهله اول حل مشکل و در مرحله بعد جلوگیری از بروز

## روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۷ به اجرا درآمده است. جامعه این پژوهش کلیه زنان باردار نخست‌زا در هفته ۶ تا ۱۹ بارداری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری بودند. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه (۲۰) میانگین و انحراف معیار در گروه کنترل ۱۹/۴۸(۸/۸) و گروه مداخله ۲۴/۱۸(۵) بوده که با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۹۰٪ با استفاده از فرمول زیر ۵۲ نفر در هر گروه برآورد و با احتساب ریزش در هر گروه ۵۴ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} \sigma_1 + z_{\beta} \sigma_2)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن مادر ۱۵-۴۵ سال، بارداری اول، سن بارداری ۱۹-۶ هفته، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و کسب نمره بالاتر از ۵۵ از نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی Cambridge بود. معیارهای عدم ورود: سابقه بیماری‌های اعصاب و روان و مصرف هر گونه داروهای روان‌پزشکی، سابقه سقط، سابقه نازایی و بیماری‌های مزمن بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌ها، نقل مکان و در دسترس نبودن مادران باردار و ختم بارداری به هر علتی قبل از اتمام جلسات مشاوره بود.

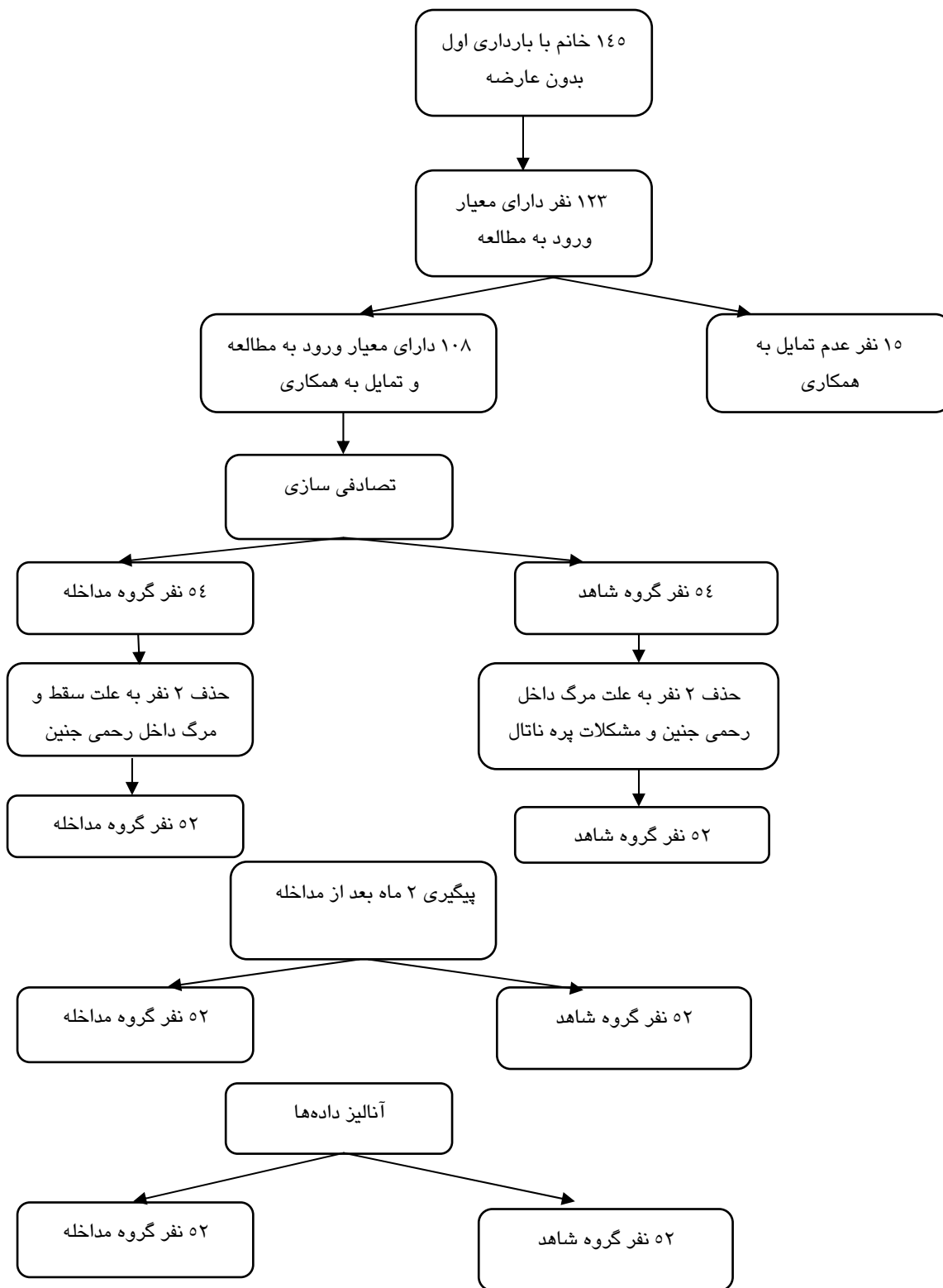
ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۱. پرسشنامه‌ای با ۷ آیتم مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و باروری، ۲. پرسشنامه

نگرانی Cambridge با ۲۲ آیتم بود. پرسشنامه نگرانی Cambridge با ۱۷ آیتم توسط Green تهیه شده است (۲۱). این پرسشنامه برای سنجش محتوا و گستره نگرانی‌های فردی تنظیم شده است. پرسشنامه یاد شده توسط مرتضوی ترجمه و اعتبارسنجی شده و شش آیتم به آن اضافه شده است. همچنین روایی و پایایی نسخه فارسی آن تأیید شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه دارای ۴ عامل شامل نگرانی‌های زنان باردار در زمینه وضعیت پزشکی اجتماعی (۱۰ آیتم)، وضعیت اقتصادی و اجتماعی (۶ آیتم)، سلامت مادر ارتباط با همسر و دیگران (۴ آیتم) و سلامت نوزاد و زایمان (۳ آیتم) است. ضریب آلفای کرونباخ برای ۲۳ آیتم ۰/۸۳۳ تعیین شده است (۲۲).

پژوهش حاضر پس از تصویب و اخذ کد اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، از اردیبهشت ماه سال ۹۷ در مراکز ۸ گانه جامع سلامت و ۸ پایگاه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام یافت. در مرحله اول نمونه‌گیری، شهرستان سبزوار به چهار منطقه تقسیم شد و در هر منطقه به روش خوشه‌ای دو مرکز انتخاب شد. در هر مرکز زنان باردار مراجعه‌کننده برای مراقبت بارداری در سه ماهه اول و دوم و افرادی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، از طریق سامانه سیب انتخاب شدند و از افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. سپس برای افراد حاضر شده در جلسه مقدماتی هدف از پژوهش توضیح داده شد. افرادی که مایل به همکاری بودند فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و

۱۳ نفره) تقسیم شدند. جلسات در مرکز مشاوره مامایی ریحانه بهشتی برگزار شد. با تماس تلفنی زمان اولین جلسه با افراد گروه هماهنگ می‌شد و قبل از جلسه پیامک یادآوری مجدد زمان و مکان جلسه ارسال می‌شد. هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و برای هر گروه یک روز در هفته برگزار می‌شد و در هر هفته برای تمام گروه‌ها جلسه‌ها توسط پژوهشگر (دانشجوی ارشد مشاوره در مامایی) برگزار می‌شد. بعد از اتمام ۵ جلسه، پرسشنامه نگرانی Cambridge توسط افراد گروه مداخله تکمیل می‌شد. گروه کنترل نیز در مراقبت‌های معمول در تاریخ‌های نزدیک به تاریخ تکمیل پرسشنامه نگرانی توسط گروه مداخله این پرسشنامه را تکمیل نمودند. پیگیری ۲ ماه بعد از آخرین جلسه مشاوره انجام یافت. در جدول شماره ۱ برنامه جلسات مشاوره نمایش داده شده است. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها اطلاعات جمع آوری شده در SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ابتدا نرمال بودن داده‌ها بررسی شد. برای مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در تمام آزمون‌ها  $p < 0.05$  معنادار تلقی گردید.

پرسشنامه نگرانی را تکمیل نمودند. سپس نمرات نگرانی محاسبه شده و افراد با نمره نگرانی بالاتر از ۵۵ از پرسشنامه نگرانی Cambridge تا زمان تکمیل حجم نمونه تعیین شده برای هر مرکز انتخاب شدند. برای تخصیص شرکت‌کنندگان به دو گروه مداخله و کنترل از روش تصادفی‌سازی بلوکی با حجم ۴ استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا توالی تخصیص تصادفی توسط وب سایت ایجاد شد سپس هر حرف این توالی داخل یک پاکت سفید قرار داده شد و پاکت‌ها به همان ترتیب توالی موردنظر چیده شدند و روی پاکت‌ها شماره گذاری شد و برای تخصیص یک فرد به گروه کنترل و مداخله یک پاکت باز شد و فرد موردنظر به گروه مشخص شده تخصیص داده شد. به علت ماهیت مطالعه امکان کورسازی شرکت‌کننده وجود نداشت. فقط برای جلوگیری از نشت اطلاعات افراد گروه مداخله در فضایی به دور از دسترسی افراد کنترل آموزش داده شدند. برای پر کردن پرسشنامه اولیه، بلافاصله بعد از مداخله و ۲ ماه بعد از مداخله از فرد آموزش دیده‌ای که مطلع از گروه افراد نبود استفاده شد. تحلیلگر اطلاعات نیز از گروه افراد شرکت‌کننده مطلع نبود. افراد گروه مداخله برای جلسه گروهی دعوت شدند. افراد گروه مداخله به ۴ گروه (دو گروه ۱۴ نفره و دو گروه



شکل ۱- فلوجارت کارآزمایی بالینی

## یافته‌ها

در گروه مداخله ۲ نفر به علت سقط و مرگ داخل رحمی جنین و در گروه کنترل ۲ نفر به علت مرگ داخل رحمی جنین و مشکلات پره‌ناتال از مطالعه خارج شدند. بدین ترتیب در گروه مداخله ۵۲ نفر و در گروه کنترل نیز ۵۲ نفر باقی ماندند. ویژگی‌های فردی و بارداری گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۲ آمده است. براساس نتایج آزمون‌های آماری از این لحاظ بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات نگرانی در ۳ زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داد که نمرات پس آزمون گروه مداخله نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است، همچنین نمرات آزمودنی‌های گروه مداخله در پیگیری با کاهش یا ثبات روبه‌رو بوده، در حالی که در گروه کنترل تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری (به جز عامل نگرانی در مورد سلامت جنین) معنادار نبوده است.

در هر چهار بعد نگرانی به تفکیک هر زمان، آزمون‌تی مستقل برای مقایسه میانگین نگرانی دو گروه انجام یافت. میانگین نمره نگرانی دو گروه پیش از مداخله در هر چهار بعد و نمره کل معنادار نبود. ولی نمرات پس آزمون به جز بعد اقتصادی اجتماعی برای دیگر

نمرات نگرانی در مرحله پس آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمون اختلاف معناداری داشت (جدول شماره ۳).

از آنجا که نمرات نگرانی برای افراد شرکت‌کننده در سه زمان ثبت شده است، برای تحلیل داده‌ها از آنالیز اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که برای همه چهار زیرمقیاس نگرانی و نگرانی کل، اثر زمان و اثر گروه و همچنین اثر تعامل گروه و زمان معنادار می‌باشد. از آنجا که در این مطالعه نمره در زمان پیش از مداخله به عنوان متغیر کمکی در نظر گرفته شده است، در این‌جا اثر گروه اثر مداخله را نشان می‌دهد و بر این اساس برای سه زیرمقیاس نگرانی و نمره نگرانی کل ثابت شد که مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی توانسته است در کاهش میزان نگرانی زنان باردار مؤثر باشد. تنها در مورد نگرانی در زمینه مسایل اقتصادی و اجتماعی اثر گروه معنادار نشد. با وجود این نمرات نگرانی‌های زنان باردار در مورد مسایل اجتماعی اقتصادی گروه مداخله در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است و همچنین در نمرات پیگیری نیز با کاهش روبه‌رو بوده است. اما نمرات گروه کنترل در پیگیری با افزایش روبه‌رو بوده است. با این حال تفاوت نمرات دو گروه در این زمینه معنادار نبوده است (جدول شماره ۳).

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مداخله

جلسه اول	معارفه - تعیین مشکل - تعیین اهداف جلسات مشاوره - تکلیف خانگی
جلسه دوم	بررسی راهحل‌های برطرف‌کننده شکایات کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند مشکلات به وجود آمده را تغییر دهند (راهحل‌های مفید و تکرار آن‌ها و رها کردن راهحل‌های نامناسب) - بررسی تکالیف - تکلیف خانگی.
جلسه سوم	بررسی تکالیف توانمندسازی یعنی کمک به آن‌ها که به قابلیت‌ها و منابع خود پی ببرند - حرف زدن درباره آینده. - استفاده از فن استنهاها و سؤالات معجزه‌آسا (بر هم زدن الگوهای رفتاری مختلفی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از سؤالات معجزه‌آسا) - تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	کمک به شرکت‌کنندگان برای شناسایی راه‌های تفکر و احساس و رفتار مناسب به جای تفکر و احساس و رفتار مشکل ساز کنونی. بررسی تکلیف جلسه قبل - کمک به مراجع جهت یافتن راه‌های دیگری برای تفکر و احساس و رفتار خود به جای آنچه تاکنون انجام می‌داده است با واژه مهم «به جا» آموزش روش‌ها کاهش استرس و مدیریت استرس (آرام سازی، تکنیک‌های تنفسی، استفاده از قدرت تلقین، آرام کردن ذهن خود، مراقبه).
جلسه پنجم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و تعیین این که آیا اعضا به اهداف خود دست یافته‌اند. بررسی تکلیف خانگی و مرور جلسات قبل. استفاده از سؤالات درجه‌دار. اجرای پس آزمون. تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر شرکت در جلسات.

جدول ۲- مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی و باروری گروه کنترل و مداخله از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع

سلامت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۷

p	کنترل	مداخله	
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
۰/۶۰۶	۲۵/۱(۵/۳)	۲۵/۶(۵/۶)	سن
۰/۶۸۱	۱۲/۱(۳/۰)	۱۲/۶(۳/۱)	میزان تحصیلات به سال
۰/۸۵۵	۱۲/۴(۳/۰)	۱۲/۵(۴/۴)	هفته بارداری
	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	
۰/۲۶۲	۴۴(۸۴/۶)	۴۶(۸۸/۵)	خانه‌دار
	۲(۳/۸)	۲(۳/۸)	کارمند
	۰(۰)	۲(۳/۸)	خود اشتغال
	۲(۱۱/۵)	۲(۳/۸)	دانشجو
۰/۶۴۰	۷(۱۳/۵)	۱۰(۱۹/۲)	کمتر از کفاف
	۴۳(۸۲/۷)	۳۹(۷۵)	در حد کفاف
	۲(۳/۸)	۲(۵/۸)	بیشتر از کفاف
۰/۳۰۰	۴۵(۵۲/۳)	۴۱(۷۸/۸)	خواسته
	۷(۳۸/۹)	۱۱(۶۱/۱)	خواسته بدون برنامه‌ریزی



**جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های نگرانی‌های زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در دو گروه در سه بار اندازه گیری در سال ۱۳۹۷**

اثر تعامل گروه و زمان	اثر زمان	اثر گروه	پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	عوامل
			SD	M	SD	M	SD	M		
$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	۷/۴۷	۱۸/۵	۸/۲۴	۲۰/۳	۳/۷۷	۳۵/۳	مداخله	نگرانی‌های زنان باردار در
			۶/۳	۳۴/۱	۵/۷۳	۳۵/۰۱	۳/۹۷	۳۵/۹	کنترل	مورد زایمان
			$< .001$		$< .001$		۰/۴۰۵		$p^{**}$	
$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	۲/۳۸	۲/۵۱	۳/۴۳	۳/۵۷	۳/۱۴	۴/۷۸	مداخله	نگرانی‌ها در مورد سلامت
			۳/۹	۵/۶	۳/۵۶	۵/۷۶	۳/۵	۴/۸۶	کنترل	مادر و روابط خانوادگی
			$< .001$		۰/۰۰۲		۰/۹۰۷		$p^{**}$	
$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	۲/۶	۴/۹۲	۳/۲۵	۵/۲۵	۲/۲	۱۲/۱	مداخله	نگرانی‌ها در مورد سلامت
			۱/۷	۸/۵۹	۲/۶۹	۱۱/۶	۲/۸	۱۲/۰۱	کنترل	جنین
			$< .001$		$< .001$		۰/۸۱۶		$p^{**}$	
$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	۴/۸۳	۴/۲۱	۳/۴۷	۵/۴۸	۳/۴۱	۶/۷۳	مداخله	نگرانی‌ها در مورد مسایل
			۵/۳۶	۶/۲۶	۳/۹۳	۵/۲۵	۲/۹۳	۵/۹۶	کنترل	اقتصادی و اجتماعی
			۰/۰۴۲		۰/۷۵۲		۰/۲۲۰		$p^{**}$	
$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	۱۰/۱	۳۰/۱	۱۳/۳	۳۴/۶	۴/۵۹	۵۸/۹	مداخله	نمره کل نگرانی‌های زنان
			۱۰/۹	۵۴/۶	۸/۷۸	۵۷/۷	۴/۳۷	۵۸/۸	کنترل	باردار
			$< .001$		$< .001$		۰/۸۴۵		$p^{**}$	

$p^{**}$  - مقدار مربوط به آزمون  $t$  مستقل جهت مقایسه دو گروه

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره راه حل محور در کاهش نگرانی‌های زنان باردار در دوره بارداری مؤثر واقع شده است. مخصوصاً نگرانی در حوزه سلامت جنین، سلامت مادر و روابط خانوادگی و نگرانی در مورد زایمان کاهش یافته اما در زمینه مسایل اقتصادی و اجتماعی مشاوره کمک چندانی نکرده است.

مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی بر نگرانی‌های زنان باردار در زمینه سلامت خود و روابط خانوادگی تأثیر داشت. نتیجه حاضر با نتایج مطالعه برجسته و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر بر اضطراب و نگرانی دوران بارداری، همسو است. این مطالعه نشان داد که

مشاوره مبتنی بر حمایت همسر با زوج‌ها در دوران بارداری موجب کاهش نگرانی و اضطراب زنان باردار می‌شود (۲۳). پژوهش با با نظری و کافی با عنوان بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در مورد دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی نیز نشان داد رضایت زناشویی قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی اضطراب بارداری است. یعنی هرچه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان اضطراب بارداری کمتر است (۲۴) در مطالعه شاکرمی و همکاران مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی موجب کاهش احساسات منفی زنان نسبت به خانواده، همسر و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها شد (۲۵) و نتایج این پژوهش‌ها با مطالعه ما همسو است.

نکرده است. اگرچه نمرات در طی زمان کاهش معناداری نشان داده است، اما این کاهش در دو گروه تفاوت معناداری نداشته است. عدم تأثیر مثبت مشاوره بر مسایل اقتصادی ممکن است به دلیل پر رنگ بودن مسایل بارداری و زایمان و سلامت مادر و جنین و وجود سؤالات زیاد در این زمینه‌ها برای مادران باردار باشد که احتمالاً محور اصلی جلسات مشاوره را به خود اختصاص می‌دهد. با این حال مطالعه نظری و بیرامی با عنوان بررسی تأثیر مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی در ابعاد پرخاشگری، زمان باهم بودن، توافق درباره مسایل مالی و رضایت زناشویی در زوج‌های هر دو شاغل در شهرستان شاهرود، نشان داد که مشاوره راه حل محور توانسته به افراد کمک کند به مدیریت مالی همسران خود اعتماد پیدا کنند. همچنین درمان راه حل محور توانسته نگرانی زوج‌ها از برنامه مالی را کاهش دهد (۳۱).

در مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی افراد به راحتی نگرانی‌ها و ترس‌های خود را از زایمان در گروه مطرح می‌کنند. در پژوهش کنونی افراد تشویق شدند تا برای یافتن راه‌حل‌های عملی و منطقی برای غلبه بر ترس خود در جلسات مشاوره حضور یابند. در مطالعه Fenwick و همکاران مشاوره گروهی راه حل محور علاوه بر بررسی منشأ نگرانی، راه‌حل‌ها را نیز معرفی می‌کرد. در این مشاوره مادران دریافته‌اند که مشکلات همیشه در جای خود هستند. فکر کردن دائم در مورد مشکلات و تجسم کردن همه مشکلات برای خود کار درستی نیست و فرصت دیدن راه‌حل‌ها و زیبایی‌ها و لذت بردن از زمان حال و بارداری

در این مطالعه مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی بر کاهش نگرانی‌های زنان باردار در زمینه زایمان تأثیر داشت. اغلب زنان باردار نگرانی زیادی در مورد زایمان دارند و این موضوع یک عامل مهم در اضطراب بارداری (۲۶) و ترس از زایمان (۲۷) است. در مطالعه Tragea و همکاران، آشنایی با روند زایمان و انطباق آن با خلقت زن، انجام گفتگو و پرسش و پاسخ با درمانگر در جلسات مشاوره و کسب راه‌حل‌های مناسب، کسب اطلاع از مزایا و مضرات روش‌های زایمانی و نیز آگاهی از خطرات و علایم هشدار دوران بارداری و زایمان، در امر پیشگیری از عوارض مادری و نوزادی و یادگیری روش‌های آرام‌سازی و فن‌های تنفسی مؤثر بر کنترل درد و ترس ناشی از زایمان توانست تمایل زنان را در انتخاب آگاهانه و صحیح روش زایمان افزایش دهد (۲۸).

در این مطالعه مشاوره راه حل محور به شیوه گروهی بر نگرانی‌های زنان باردار در زمینه سلامت جنین تأثیر داشت و توانست نگرانی‌های زنان در مورد سلامت جنین را کاهش دهد. سلامت جنین یکی از نگرانی‌های مهم زنان باردار در دوره بارداری است. در مطالعه مرتضوی و آگاه در سبزوار، ۱۶/۵ و ۱۳/۸٪ زنان نگران بودند که کودکان در زمان تولد بمیرد یا آسیب ببیند (۲۹). مطالعه بذرافشان و محمودی راد نشان داد بین تولد نوزادان کم وزن و اضطراب پنهان زنان و همچنین بین آپگار نوزادان در دقایق ۱ و ۵ بعد از تولد و اضطراب آشکار زنان رابطه معناداری وجود دارد (۳۰).

نتایج ما نشان داد که در زمینه مسایل اقتصادی و اجتماعی مشاوره کمک چندانی

رویکردهای مشکل محور که تمرکز اصلی‌شان بر مشکلات مراجعان است، تمرکزش بر یافتن راه‌حل‌های مختلف برای حل مشکلات مراجعان می‌باشد. این دیدگاه یک رویکرد قابلیت محور است و به توانمندی‌های افراد برای حل مشکلاتشان اعتقاد دارد. از آن‌جا که در این رویکرد تمرکز بر مسایل قابل تغییر می‌باشد و نه مسایل غیرقابل تغییر، لذا تغییر در مراجعان امری اجتناب‌ناپذیر است. این رویکرد به دلیل دیدگاه غیربیماری شناختی، کوتاه مدت بودن، کاربردی بودن و تکنیک‌های ساده و مؤثر، قابلیت آموزش به تمامی مراجعان با مسایل گوناگون بالینی و زناشویی را دارد و از آن‌جا که مراجعان همیشه به دنبال تغییرات سریع و زودهنگام هستند، این رویکرد به دلیل کوتاه مدت بودن فرآیند درمان، برای بسیاری از مراجعان مفید می‌باشد.

### تشریح و قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و تمامی مادران شرکت کننده و همکاران عزیزی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم. این مقاله قسمتی از پایان‌نامه مقطع کارشناس ارشد در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد. بدین وسیله از حمایت مالی این دانشگاه در طرح پژوهشی شماره ۲۷۴ قدردانی می‌شود. این پایان‌نامه با کد (IRCT20180123038485N1) در کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

را از آن‌ها می‌گیرد. با کمک این مشاوره آن‌ها بر مسایل قابل تغییر تمرکز کردند و با افزایش توانمندی خود سعی در تغییرات کوچک در فکر و در عمل نمودند (۳۲).

در این مطالعه فقط زنان با حاملگی اول وارد شدند، در نتیجه نمی‌توان نتایج را به تمام زنان باردار و افرادی که تجربه قبلی زایمان داشتند، تعمیم داد. همچنین پژوهش حاضر در مورد زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار اجرا شده است، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها مانند زنان روستایی می‌بایست جانب احتیاط را رعایت نمود. عدم پیگیری کلاس‌ها به دلیل مشکلات بارداری یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود، در این مطالعه فقط از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها در زمینه نگرانی استفاده شد، لذا در تفسیر نتایج می‌بایست محدودیت‌های این ابزار را در نظر داشت. فشردگی مطالب آموزشی و ارایه آن در مدت زمان محدود نیز از محدودیت‌های تحقیق محسوب می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر حمایت تجربی قابل قبولی برای رویکرد راهحل محور فراهم می‌آورد. نتایج نشان داد که این شیوه می‌تواند نگرانی‌های زنان باردار در زمینه زایمان، سلامت جنین و مادر و بهبود روابط خانوادگی مؤثر باشد. با این حال در زمینه مشکلات اقتصادی این رویکرد نتوانست میزان نگرانی‌های زنان را کاهش دهد، اما با پیشرفت بارداری و درگیر شدن زن باردار با موضوعات بارداری، این مشکلات کمتر از قبل نگرانی ایجاد می‌کردند. رویکرد مشاوره راهحل محور در مقایسه با

## منابع

- 1 - Ohman SG, Grunewald C, Waldenstrom U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 swedish women. *Scand J Caring Sci.* 2003 Jun; 17(2): 148-52. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x.
- 2 - Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev.* 2010 Feb; 33(1): 23-9. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.004.
- 3 - Ternstrom E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women Birth.* 2016 Jun; 29(3): e44-9. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.009.
- 4 - Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Oct; 16(5): 353-61. doi: 10.1007/s00737-013-0338-y.
- 5 - Stober J, Joormann, J. Worry, procrastination, and perfectionism: differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research.* 2001 Feb; 25(1): 49-60. doi: 10.1023/A:1026474715384.
- 6 - Borkovec TD, Ray WJ, Stober J. Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research.* 1998 Dec; 22(6): 561-576. doi: 10.1023/A:1018790003416.
- 7 - Bjelica A, Cetkovic N, Trinic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol.* 2018; 89(2): 102-106. doi: 10.5603/GP.a2018.0017.
- 8 - Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev.* 2010 May; 86(5): 305-10. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004.
- 9 - Guardino CM, Schetter CD. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three.* 2014 Mar; 34(4): 12-21.
- 10 - Mohler E, Parzer P, Brunner R, Wiebel A, Resch F. Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Hum Dev.* 2006 Nov; 82(11): 731-7. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2006.02.010.
- 11 - Arai Y-C P, Ueda W, Ushida T, Kandatsu N, Ito H, Komatsu T. Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009 May; 53(5): 607-610. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.01912.x.
- 12 - Kay RE. Maternal stress and infant outcomes: the impact of perinatal anxiety on pregnancy and delivery outcomes. University of Michigan, 2009.
- 13 - Sharifzadeh M, Bolbol Haghghi N, Keramat A, Goli M, Motaghi Z. [Effectiveness of midwifery counseling based on solution-focused approaches on fear of childbirth]. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences.* 2018; 20(2): 375-383. (Persian)
- 14 - Nazari AM, Rasouli M, Davarniya R, Hosseini A, Babaei Gharmkhani M. [Effectiveness of solution- focused brief therapy (SFBT) on couple burnout and divorce tendency in married women]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN).* 2015; 3(3): 41-52. (Persian)
- 15 - Davarniya R, Zaharakar K, Nazari AM. [The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.* 2015; 13(1): 36-46. (Persian)
- 16 - Trepper TS, Dolan Y, McCollum EE, Nelson T. Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *J Marital Fam Ther.* 2006 Apr; 32(2): 133-9. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01595.x.

- 17 - Pichot T. Looking beyond depression. In: Nelson TS, Thomas FN. Handbook of solution-focused brief therapy: clinical applications. London: Routledge; 2012. P. 138-54.
- 18 - Wehr T. The phenomenology of exception times: qualitative differences between problem-focused and solution-focused interventions. *Applied Cognitive Psychology*. 2010 May; 24(4): 467-80. doi: 10.1002/acp.1562.
- 19 - van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord*. 2009 Apr; 114(1-3): 232-42. doi: 10.1016/j.jad.2008.07.018.
- 20 - Kordi M, Riyazi S, Lotfalizade M, Shakeri MT, Suny HJ. A comparison of face to face and group education on informed choice and decisional conflict of pregnant women about screening tests of fetal abnormalities. *J Educ Health Promot*. 2018 Jan 10;7:6. doi: 10.4103/jehp.jehp\_106\_15.
- 21 - 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 Nov; 8(6): 753-64. doi: 10.1177/13591053030086008.
- 22 - Mortazavi F, Akaberi A. Worries of pregnant women: testing the Farsi Cambridge worry scale. *Scientifica (Cairo)*. 2016; 2016: 5791560. doi: 10.1155/2016/5791560.
- 23 - Barjasteh S, Alizadeh S, Mogadam Tabrizi F. [The effect of couple counselling based on marital support on anxiety and worry during pregnancy]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2018; 15(11): 851-862. (Persian)
- 24 - Babanazari L, Kafi SM. [Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(2): 206-213. (Persian)
- 25 - Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K. [A study of effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2014, 22(4): 18-26. (Persian)
- 26 - Mortazavi F, Akaberi A. Validation of the anxiety scale for pregnancy in a sample of Iranian women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2018 Jan; 6(1): 67-74. doi: 10.15296/ijwhr.2018.12.
- 27 - Mortazavi F. Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electron Physician*. 2017 Jun 25; 9(6): 4606-4615. doi: 10.19082/4606.
- 28 - Tragea C, Chrousos GP, Alexopoulos EC, Darviri C. A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy. *Complement Ther Med*. 2014 Apr; 22(2): 203-11. doi: 10.1016/j.ctim.2014.01.006.
- 29 - Mortazavi F, Agah J. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Med J*. 2018 Nov; 33(6): 497-505. doi: 10.5001/omj.2018.91.
- 30 - Bazrafshan MR, Mahmoudi Rad AR. [The effect of pregnant women's anxiety on Apgar score and birth weight of newborns]. *Avicenna J Nurs Midwifery care*. 2009; 17(12): 58-68. (Persian)
- 31 - Nazari A, Beyrami M. [The study of effects of solution-focused counseling on subscales of aggression, togetherness, Financial issues, and sex of marital satisfaction of dual-career couples]. *Journal of Psychology*. 2008; 3(9): 93-117. (Persian)
- 32 - Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Oct 20; 13: 190. doi: 10.1186/1471-2393-13-190.

# The effect of solution-focused group counseling on pregnant women's worries: A randomized clinical trial

Razieh Karrabi\* Maryam Farjamfar\*\* Foroughsadat Mortazavi\*\*\* Ali Mohammad Nazari\*\*\*\* Shahrbanoo Goli\*\*\*\*\*

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Jan. 2019  
Accepted: Mar. 2019  
e-Published: 23 Jun. 2019

**Background & Aim:** Pregnancy is one of the enjoyable and evolutionary aspects of women's life, which is often associated with many stresses and concerns. Counseling is one of the most appropriate interventions to reduce concerns and increase the decision-making power of pregnant women. This study aimed to determine the effect of solution-focused group counseling on pregnant women's worries.

**Methods & Materials:** A randomized clinical trial was conducted on 108 pregnant women with gestational age of 6 to 19 weeks and a score of worry  $\geq 55$ , from May to September 2017 in health centers of Sabzevar University of Medical. The intervention group received a solution-focused counseling and the control group received routine prenatal care. Concerns of pregnant women were evaluated before, after, and two months after the intervention using the Farsi version of Cambridge Worry Scale. The data were analyzed using *t*-test, chi-square, and repeated measure analysis of variance through the SPSS software version 22. A P value less than 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** The mean score of worry before the study was  $58.9 \pm 5.9$  for the intervention group and  $58.8 \pm 4.37$  for the control group, and no significant difference was observed. After the intervention, these values for the intervention group and the control group were  $34.6 \pm 13.3$  and  $57.7 \pm 8.78$ , respectively. Two months after the study, these values were  $31.1 \pm 10.1$  and  $54.6 \pm 10.9$ , respectively. The analysis of variance with repeated measurements showed that pregnant women's concerns about childbirth, fetal health, maternal health, and family relationships were significantly reduced after the intervention and two months later ( $P < 0.001$ ). Women's worries about socioeconomic issues were not significantly reduced after the intervention and two months later in comparison with the control group ( $P = 0.563$ ).

**Conclusion:** The solution-focused counseling is an effective way to reduce pregnant women's concerns about maternal and fetal health, family relationships and childbirth. It can be used in conjunction with pregnancy care.

**Clinical trial registry:** IRCT20180123038485N1

Corresponding author:  
Maryam Farjamfar  
e-mail:  
m.farjamfar@yahoo.com

**Key words:** counseling, pregnant women, prenatal education, psychotherapy, group, randomized controlled trial

### Please cite this article as:

- 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, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2019; 25(1): 81-94. (Persian)

\* Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

\*\* Clinical Research Development Unit, Imam Hossein Hospital, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

\*\*\* Dept. of Midwifery, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

\*\*\*\* Dept. of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

\*\*\*\*\* Dept. of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran; Center for Health Related Social and Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran