

تأثیر «مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر» بر استرس ادراک شده و بهبود خودکارآمدی شیردهی زنان با بارداری ناخواسته: یک مطالعه کارآزمایی تصادفی شاهددار

مهناز ابوزری^۱، اعظم ملکی^{۲*}، سعیده مظلومزاده^۳، لقمان ابراهیمی^۴

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: میانگین شاخص‌های رشد در نوزادان حاصل از بارداری ناخواسته، نسبت به سایر نوزادان کمتر است. استرس ادراک شده در این مادران می‌تواند اثر مضاعفی در کاهش ترشح شیر داشته باشد. با توجه به اهمیت شیردهی در سلامت مادر و کودک، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر بر استرس ادراک شده و بهبود خودکارآمدی شیردهی زنان با بارداری ناخواسته انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی تصادفی شاهددار ۶۰ نفر از زنان با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان خدابنده در سال ۱۴۰۰ به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی بلوک ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. گروه کنترل مراقبت معمول و گروه مداخله ۶ جلسه مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر، دو بار در هفته دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی نیست، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن در سه مرحله، قبل، بلافاصله بعد از مداخله و شش هفته پس از زایمان جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون کای‌دو، آزمون دقیق فیشر، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر در سطح اطمینان ۹۵٪ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه مشاوره میانگین خودکارآمدی شیردهی بلافاصله بعد از مداخله و شش هفته پس از زایمان نسبت به قبل از مداخله افزایش و در گروه کنترل کاهش داشت ($p < 0/001$). در گروه مشاوره میانگین نمره استرس ادراک شده بلافاصله بعد از مداخله و شش هفته پس از زایمان نسبت به قبل از مداخله کاهش و در گروه کنترل افزایش معناداری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر در بهبود خودکارآمدی شیردهی و کاهش استرس ادراک شده پس از زایمان در زنان با بارداری ناخواسته مؤثر بود. به نظر می‌رسد حضور همسران در برنامه مشاوره شیردهی اقدام مناسبی است که می‌تواند مورد توجه برنامه‌ریزان در این حوزه قرار گیرد.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20150731023423N18

واژه‌های کلیدی: مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر، خودکارآمدی، شیردهی، استرس ادراک شده، بارداری ناخواسته

نویسنده مسئول: اعظم ملکی؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

e-mail: malekia@zums.ac.ir

دریافت مقاله: مهر ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۴۰۱ - انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵

مقدمه

بارداری برنامه‌ریزی نشده شامل بارداری‌های ناخواسته و بی‌موقع است. بارداری‌های بی‌موقع بارداری‌هایی هستند که در

زمان موردنظر زوج‌ها رخ نداده است و یا زوج‌ها برای وقوع آن در آینده برنامه‌ریزی نکرده‌اند. بارداری ناخواسته به بارداری‌هایی اطلاق می‌شود که بدون تصمیم زوج‌ها و به طور تصادفی اتفاق می‌افتد. در واقع هم زن و هم شوهر مخالف و ناراضی از بارداری رخ داده هستند (۱). بارداری

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳- مرکز تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴- گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

ناخواسته و پیامدهای ناشی از آن یک مشکل جهانی و بالینی و سلامت اجتماعی در سراسر جهان است که زنان، کودکان، خانواده‌ها و جامعه درگیر آن بوده و در اغلب موارد منجر به سقط عمدی می‌شود (۲). سالانه در دنیا بیش از یک سوم بارداری‌ها ناخواسته است که ۲۰٪ آن با سقط القایی خاتمه می‌یابد (۳). شیوع بارداری ناخواسته در ایران براساس مرور یافته‌های ۲۳ مقاله ۲۷/۹٪ گزارش شده است (۴).

امروزه میزان بارداری ناخواسته به دلیل پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت جامعه در نظر گرفته می‌شود. بارداری ناخواسته با افزایش احتمال زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد، مشکلات اقتصادی، فشارهای روانی، استرس، مشکلات جسمی و بی‌توجهی در مورد مراقبت از نوزادان همراه است (۵). از طرف دیگر استرس در طی بارداری در این مادران منجر به کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی و سطح پایین رضایت از زندگی می‌شود (۶). این در حالی است که بهبود کیفیت رابطه زناشویی و برخورداری از حمایت همسر در طی بارداری احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد (۷).

تأثیر بارداری برنامه‌ریزی نشده بر شاخص‌های رشد کودکان حاکی از آن است که میانگین شاخص‌های رشد در این نوزادان نسبت به سایر نوزادان کمتر است. کاهش رشد در این کودکان می‌تواند ناشی از عدم مراجعه مادران جهت مراقبت‌های دوران بارداری و یا مراقبت‌های نادرست دوران بارداری، بی‌توجهی والدین پس از زایمان در امر مراقبت از نوزاد و کاهش میزان شیردهی در مادران دارای

بارداری ناخواسته باشد (۸). همچنین مشکلات مربوط به آغاز شیردهی بلافاصله پس از تولد در این مادران بیش‌تر و موفقیت در تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه پس از زایمان کم‌تر از سایر مادران است (۹). بنابراین تغذیه مناسب با شیرمادر در این نوزادان یک عنصر کلیدی به شمار می‌رود. علاوه بر بارداری ناخواسته دلایل مختلفی در تبعیت مادران از تغذیه انحصاری با شیر مادر و میزان موفقیت در شیردهی دخالت دارند از جمله: دل‌بستگی مادر و جنین، سن و تحصیلات مادر، درآمد خانوار، حمایت همسر، اقدامات قبل از تولد، زمان تصمیم‌گیری برای اولین شیردهی، زمان اولین تغذیه و همچنین مهارت و خودکارآمدی مادر در شیردهی را شامل می‌شود (۱۰).

احساس توانایی در شیردهی توسط خود مادر را خودکارآمدی شیردهی می‌نامند (۱۱). بارداری ناخواسته می‌تواند میزان خودکارآمدی مادران را تحت تأثیر قرار دهد. به طوری که میزان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده در این زنان کم‌تر از سایر بارداری‌ها است (۱۲).

اگرچه برای ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر مطالعات متعدد با راهبردهای متفاوت انجام یافته، ولی در اکثر این مطالعات به نقش پدر و برخورداری از حمایت‌های او کم‌تر توجه شده است (۱۲). امروزه اثرات مثبت حمایت اجتماعی در موقعیت‌های مختلف بارداری و زایمان نشان داده شده است، از جمله به افزایش مشارکت مردان در بارداری طبیعی با شروع زود هنگام مراقبت‌های بارداری، اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در

($S_1=5$ و $M_1=46$) و کنترل ($S_2=6$ و $M_2=42$) براساس یافته‌های حاصل از مطالعه فرهادی (۱۷) با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه دو گروه مستقل که در ذیل آورده شده است، تعداد ۳۰ نفر در هر گروه محاسبه شد.

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(M_1 - M_2)^2}$$

ابتدا زنان باردار واجد شرایط بعد از رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس با استفاده از روش بلوک تصادفی ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. بدین منظور، در بلوک‌های ۴ تایی دو تخصیص به گروه مداخله و دو تخصیص به گروه کنترل در نظر گرفته شد و جمعاً ۶ حالت وجود داشت. به منظور پنهان‌سازی تخصیص تصادفی، از روش پاکت‌نامه‌های غیرشفاف مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد. در این روش ابتدا توالی تصادفی به وسیله جدول اعداد تصادفی ایجاد و براساس حجم نمونه پژوهش، تعدادی پاکت‌نامه با لفاف غیرشفاف (به منظور مشخص نشدن محتوای پاکت) تهیه و هر یک از توالی‌های تصادفی ایجاد شده بر روی یک کارت ثبت گردید و کارت‌ها داخل پاکت‌های نامه به ترتیب جای‌گذاری شدند. به منظور حفظ توالی تصادفی نیز، بر روی سطح خارجی پاکت‌ها شماره‌گذاری به همان ترتیب انجام یافت. در نهایت درب پاکت‌های نامه چسبانده شده و به ترتیب داخل جعبه‌ای قرار گرفت. در زمان شروع ثبت‌نام، براساس ترتیب ورود

حاملگی (۱۳)، کاهش خطر تولد نوزاد نارس، محدودیت رشد جنین و مرگ و میر نوزادان می‌توان اشاره کرد (۱۴). در برخی از کشورها اجرای برنامه‌های آموزشی برای پدران و ترغیب آن‌ها در مشارکت و حمایت از شیردهی همسرانشان اثرات مثبتی داشته است (۱۵). همچنین نقش حمایت همسر در پذیرش بارداری، مقابله با احساسات و افکار منفی مرتبط با بارداری نیز در زنان با بارداری ناخواسته نشان داده شده است (۱۶). این در حالی است که یک خلاء اطلاعاتی در زمینه تأثیر مشارکت مردان در بهبود تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده در ایران مشاهده می‌شود. با توجه به اهمیت شیردهی در سلامت مادر و کودک و در دسترس نبودن مطالعه مشابه در زمینه نقش مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر در خودکارآمدی شیردهی و استرس ادراک شده مادران پس از زایمان، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره زوجی بر استرس ادراک شده و بهبود خودکارآمدی شیردهی زنان با بارداری ناخواسته انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی تصادفی شاهددار در سال ۱۴۰۰ انجام گرفته است. جامعه پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان خدابنده بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ ($Z_{1-\alpha/2} = 1/96$)، توان آزمون ۸۰٪ ($Z_{1-\beta} = 0/85$) با میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله

شرکت‌کنندگان واجد شرایط به مطالعه، یکی از پاکت‌های نامه به ترتیب باز شده و گروه تخصیص یافته آن شرکت‌کننده، آشکار می‌شد (مراحل انتخاب و تصادفی‌سازی در نمودار شماره ۱ توضیح داده شده است).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: کسب نمره کم‌تر از ۳ براساس پرسشنامه سنجش بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده لندن، سن حاملگی ۳۶-۳۴ هفته بارداری، توانایی خواندن و نوشتن، کسب نمره ۱۸-۳۶ براساس پرسشنامه استرس درک شده کوهن، معیارهای عدم ورود شامل سابقه اختلال روانی شناخته شده (خودگزاشی)، سابقه بیماری مزمن ناتوان‌کننده (پرونده و خودگزاشی) و اعتیاد در زوجها بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل: منع شیردهی به تشخیص پزشک، بروز پیامدهای نامطلوب جنین از جمله دیسترس جنینی، جنین مرده، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مشاوره، عدم تمایل به ادامه همکاری، شرکت همزمان در کلاس‌های آموزشی مشابه، طلاق یا تجربه استرس‌زا در طول مطالعه بود.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات فردی، اطلاعات مامایی و مقیاس خودکارآمدی شیردهی Dennis، استرس درک شده کوهن قبل از مشاوره، بلافاصله بعد از اتمام آخرین جلسه مشاوره و شش هفته پس از زایمان به روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد.

سؤالات اطلاعات فردی شامل: سن، تحصیلات خود و همسر، شغل خود و همسر، نوع مالکیت منزل، وضعیت اقتصادی خانواده به صورت کیفی و با سطح‌بندی کافی نیست، نسبتاً کافی، کفایت می‌کند اندازه‌گیری شد. اطلاعات

مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، اولین روز آخرین قاعدگی، سابقه بیماری و بستری در بارداری اخیر، سابقه سقط (خوداظهاری) بود.

پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی Dennis در قالب ۱۴ گویه طراحی شده است (۱۸). در این پرسشنامه گویه‌ها در مقیاس ۵ طبقه‌ای لیکرت: اصلاً مطمئن نیستم (امتیاز ۱)، خیلی مطمئن نیستم (امتیاز ۲)، برخی اوقات مطمئن هستم (امتیاز ۳)، اغلب مطمئنم (امتیاز ۴)، کاملاً مطمئنم (امتیاز ۵) به صورت جملات مثبت طراحی شده است. دامنه امتیازات خودکارآمدی شیردهی بین ۱۴ تا ۷۰ است، و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر در شیردهی است. نتایج حاصل از مطالعه عربان و همکاران نیز نشان داد که پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی در ایران از نظر محتوایی و صوری از اعتبار علمی برخوردار است، ضمن این که در بررسی روایی افتراقی نشان داده شد که پرسشنامه موردنظر از همبستگی معناداری با مقیاس خودکارآمدی عمومی و استرس ادراک شده برخوردار است. این پرسشنامه با بررسی پایایی میزان آلفا کرونباخ نیز مطلوب ارزیابی شده است (۹۱٪) (۱۹). مقدار پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۵ محاسبه شده است.

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ سؤال است که براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود، که به ترتیب نمره صفر، ۱، ۲، ۳، ۴

کردند. در مطالعه حاضر کورسازی انجام نگرفته است.

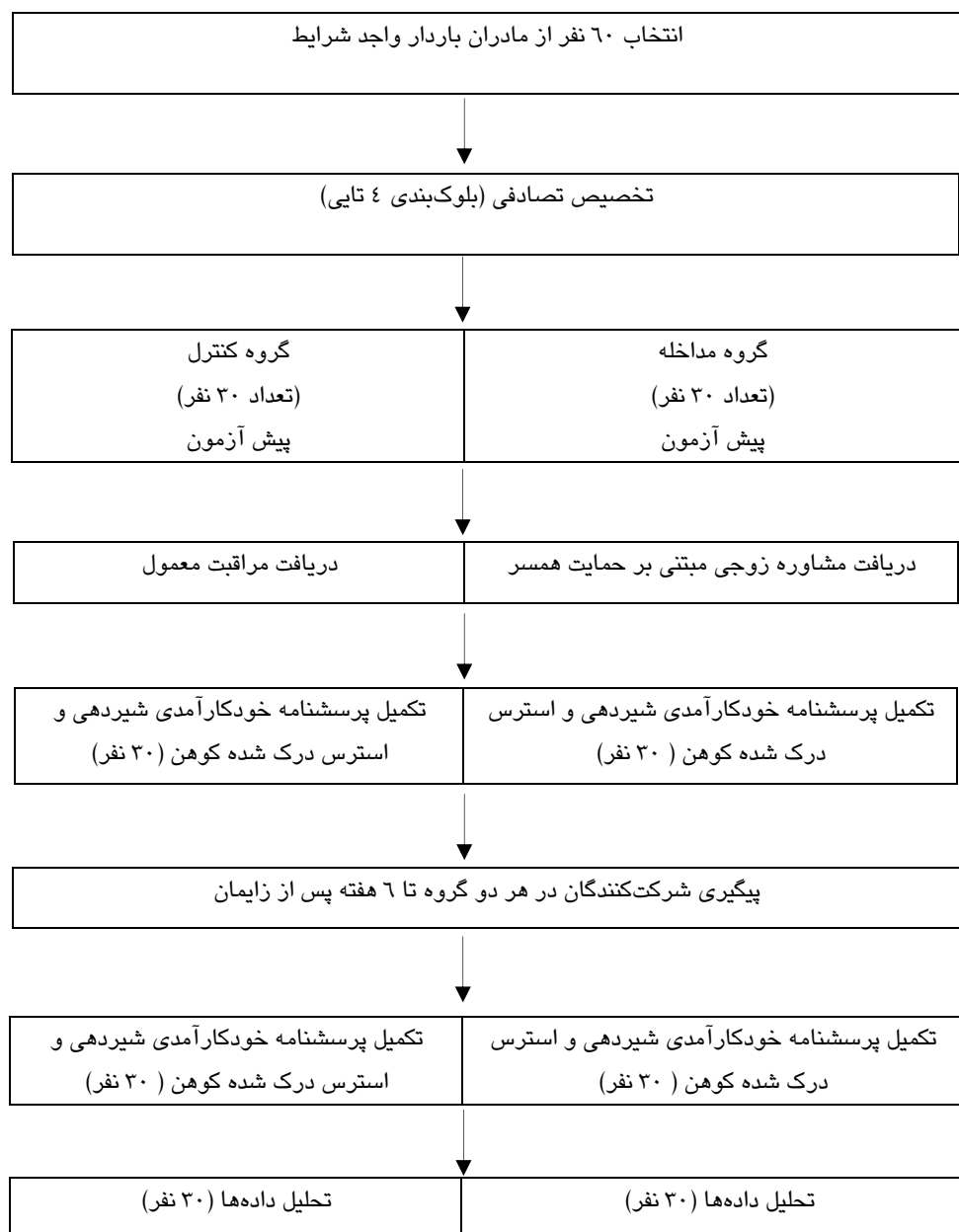
مطالعه حاضر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام یافته است. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان پس از توضیحات لازم درباره مطالعه و نیز اختیاری بودن شرکت در مطالعه و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله که لازم بدانند، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد و به آنان درباره محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان لازم داده شد.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. براساس آزمون Kolmogorov-Smirnov داده‌ها توزیع نرمال داشتند ($p > 0/05$)، بنابراین توصیف داده‌ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی انجام یافت. برای مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه از آزمون کای‌دو و آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه میانگین خودکارآمدی و استرس درک شده بین دو گروه از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

می‌گیرد. سؤال‌های ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات در این پرسشنامه از صفر تا ۵۶ است. نمره ۰ تا ۱۸ استرس ادراک شده کم، ۱۹ تا ۳۶ متوسط و ۳۷ تا ۵۶ زیاد طبقه‌بندی می‌شود. همچنین پایایی این پرسشنامه در ایران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). مقدار پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۹ محاسبه شده است. برای گروه مداخله علاوه بر برنامه مراقبت معمول، در هفته‌های ۳۴ تا ۳۶ بارداری، ۶ جلسه مشاوره شیردهی در قالب مشاوره زوجی توسط پژوهشگر دوره دیده برگزار شد. جلسه اول مشاوره، حضوری و جلسات بعدی تلفنی هفته‌ای دو بار، هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه تشکیل شد. برای تنظیم محتوای جلسات مشاوره، ابتدا محتوای مرتبط با شیردهی و سازگاری با بارداری ناخواسته با استفاده از مرور متون (۱۷، ۱۵، ۱۰) و پروتوکل شیردهی وزارت بهداشت تهیه شد. همچنین از کتابچه مدیریت استرس که توسط سازمان بهزیستی تنظیم شده، نیز استفاده شده است. جزییات جلسات مشاوره در جدول شماره ۱ ذکر شده است. گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت

جدول ۱- شرح جلسات مشاوره زوجی مبتنی بر حمایت همسر

<p>آشنایی با افراد، بیان اهداف و قوانین، شرح تعداد جلسات و نحوه برقراری ارتباط جهت انجام مشاوره زوجی بحث در خصوص نگرش و احساس خود و همسر نسبت به بارداری اخیر بحث در خصوص سازگاری با بارداری و اهمیت آن در سلامت روان جدول موقعیت‌های استرس‌زا که براساس مرور متون تهیه شده بود در اختیار مادران قرار گرفت تا براساس مقیاس ۱ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری کنند. بحث در خصوص انواع منابع استرس‌زا و تأثیر آن بر شیردهی و در نهایت رشد و تکامل نوزاد تکلیف: تهیه خلاصه‌ای از رایج راهکارها برای سازگاری با بارداری ناخواسته به کمک همسر</p>	<p>جلسه اول (حضور)</p>
<p>از مادران درخواست شد تا مشخص کنند در یک موقعیت استرس‌زا از چه شیوه مقابله‌ای استفاده کرده‌اند. بحث در مورد مشکلات و موانع شیردهی و اهمیت و نقش حضور همسر در مراقبت‌های دوران بارداری تکلیف: یکی از تجارب سخت و پر استرس خود را یادآوری و احساس تجربه شده در آن شرایط، نحوه برخوردشان با آن موقعیت، واکنش همسر و میزان حمایت همسر را یادداشت کنند.</p>	<p>جلسه دوم (تلفنی و فرستادن تکالیف از طریق واتساپ)</p>
<p>بحث در خصوص راهکارهای افزایش دلبستگی بین مادر و جنین بحث در خصوص نگرش نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر تشویق زوجها به بیان نگرش و احساس خود نسبت به بارداری اخیر، تأکید بر امیدواری به آینده، نقش همسران در افزایش آستانه تحمل و تاب‌آوری در دوران بارداری بحث در خصوص راهکارهای بلند مدت و راهکارهای کوتاه مدت مقابله با استرس تکلیف برای منزل: پاسخ به سؤالات زیر شما در طول حاملگی ناخواسته فعلی چه مسایلی را تجربه کرده‌اید برای حل مشکل حاملگی ناخواسته از چه راه‌حلهایی استفاده کرده‌اید عکس‌العمل سایرین، همسر و اعضای خانواده در مورد حاملگی ناخواسته و راه حل شما چه بوده است</p>	<p>جلسه سوم (تلفنی و فرستادن تکالیف از طریق واتساپ)</p>
<p>تشویق مادران به شیردهی و لذت بردن از دوران شیردهی بحث در مورد تأثیرات رفتارها، حالات، افکار و وضعیت روحی مادر و پدر بر روی کیفیت و کمیت شیردهی پی بردن به ضرورت مهارت خودآگاهی، مهارت حل مسأله و تصمیم‌گیری، مهارت برقراری ارتباط مؤثر تکلیف: بحث در خصوص باور و نگرش مادر و پدر در مورد شیردهی و اهمیت شیر مادر در رشد و تکامل نوزاد</p>	<p>جلسه چهارم (تلفنی و فرستادن تکالیف از طریق واتساپ)</p>
<p>چک مجدد جدول موقعیت‌های استرس‌زا، ارزیابی شدت تنش، رفتار و نحوه برخورد، افکار و احساسات خود، رضایت خود از روش مقابله‌ای به کار برده شده در آن موقعیت‌ها را بیان نمایند بیان نقش همسر در خودکارآمدی با تأکید بر این نکته که سلامت جسمی، روحی و روانی زن باردار بر سلامت جنین و شیردهی مؤثر است و زنانی که در دوران بارداری از حمایت همسر خود برخوردار باشند، فشارها و مشکلات دوران حاملگی و زایمان را بهتر تحمل می‌کنند. و تشویق مادران به بیان احساسات، نیازها و خواسته‌های خود از همسر خود تکلیف: بحث در مورد نقش تلاش و همکاری پدر در بهبود روند شیردهی و تشویق مادران به بیان احساسات، نیازها و خواسته‌های خود از همسر خود</p>	<p>جلسه پنجم (تلفنی و فرستادن تکالیف از طریق واتساپ)</p>
<p>جمع‌بندی کلیه مطالب مهم و کاربردی بحث و تبادل نظر با زوجها و مطرح کردن مثال‌هایی از انواع حمایت‌هایی که همسران در دوران شیردهی از همسر و نوزاد می‌توانند داشته باشند رایج نکاتی درباره روند پذیرش بارداری شناسایی نقش پدری، میزان آمادگی برای پدر شدن، استرس مرتبط با پدر شدن، رابطه پدر با نوزاد، مشارکت پدر در مراقبت از کودک و شیردهی</p>	<p>جلسه ششم (تلفنی و فرستادن تکالیف از طریق واتساپ)</p>



نمودار ۱- نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

یافته‌ها

مطابق جدول شماره ۲، مقایسه متغیرهای سن، سابقه سقط، میزان درآمد، وضعیت مالکیت منزل و روش زایمانی بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری

نداشت ($p > 0/05$). ولی تفاوت متغیر شغل و تحصیلات بین گروه مداخله و کنترل معنادار بود ($p < 0/05$). میانگین سن حاملگی و پاریتی قبل از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه

شد. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است ($p > 0/05$).

میانگین نمره کلی خودکارآمدی شیردهی در مرحله قبل از مداخله در گروه کنترل ۳۳/۶۳ و در گروه مداخله ۳۱/۲۶ بود. در هفته ۶ پس از زایمان نمره خودکارآمدی در گروه مداخله از ۳۱/۲۶ به ۳۸/۸۳ افزایش داشت در حالی که در گروه کنترل در این بازه زمانی کاهش داشت. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین خودکارآمدی شیردهی در مرحله قبل از مشاوره بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p = 0/384$). این در حالی است که در مرحله بلافاصله بعد از مداخله ($p = 0/036$) و شش هفته بعد از زایمان ($p = 0/018$) بین دو گروه معنادار بود (جدول شماره ۳).

در مطالعه حاضر توزیع داده‌های متغیر خودکارآمدی شیردهی نرمال بود و در سه بازه زمانی مستقل اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری اثر مداخله در سه بازه زمانی از آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. بعد از کنترل اثر تحصیلات نتایج نشان داد نمره خودکارآمدی شیردهی در بازه زمانی بلافاصله و شش هفته بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($F = 2/43, p = 0/124$).

اندازه اتا = ۰/۰۴) اما اثر متقابل زمان و گروه معنادار ($F = 7/32, p = 0/009$)؛ اندازه اتا = ۰/۱۱) معنادار بود. به عبارت دیگر اثر مداخله در افزایش خودکارآمدی شیردهی ۱۱٪ بود.

میانگین نمره کلی استرس ادراک شده در مرحله قبل از مداخله در گروه کنترل ۲۹/۱۳ و در گروه مداخله (۲۷/۴۳) بود. بعد از مداخله نمره استرس در گروه مداخله از ۲۷/۴۳ به ۲۲/۰۳ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل در این بازه زمانی افزایش داشت. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین استرس درک شده در مرحله قبل از مشاوره بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p = 0/206$). این در حالی است که در مرحله بلافاصله بعد از مداخله ($p = 0/002$) و شش هفته بعد از زایمان ($p = 0/037$) تفاوت بین دو گروه معنادار بود.

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد نمره استرس درک شده در بازه زمانی بلافاصله و شش هفته بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله بین دو گروه معنادار بود ($F = 1/18, p = 0/017$)؛ اندازه اتا = ۰/۰۷۱). همچنین اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود ($F = 8/52, p < 0/001$)؛ اندازه اتا = ۰/۰۷۱) نیز معنادار بود؛ به عبارت دیگر اثربخشی مشاوره در کاهش استرس ۷۱٪ بوده است.

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی مشخصات فردی-اجتماعی برحسب گروه‌های مورد بررسی در زنان با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر خدابنده در سال ۱۴۰۰ (تعداد = ۳۰ نفر در هر گروه)

p-value*	مشخصات فردی- اجتماعی		
	مداخله تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	
. / ۰.۰۰	۱(۳/۳)	۸(۲۶/۷)	سن > ۲۱
	۴(۱۳/۳)	۶(۲۰)	۲۱-۲۵
	۱۱(۳۶/۸)	۷(۲۳/۳)	۲۶-۳۰
	۷(۲۳/۳)	۲(۶/۷)	۳۱-۳۵
	۷(۲۳/۳)	۷(۲۳/۳)	۳۶<
. / ۰.۰۵۴	۷(۲۳/۳)	۶(۲۰)	سابقه سقط بلی
. / ۰.۰۰۱	۲(۱۰)	۴(۱۳/۳)	بی‌سواد
	۷(۲۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	سیکل
	۱۱(۳۶/۷)	۶(۲۰)	دیپلم
	۹(۳۰)	۰	دانشگاهی
. / ۰.۹۹۹	۲(۱۰)	۱۰(۳۳/۳)	کم‌تر از حد کفایت
	۱۹(۶۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	نسبتاً کافی
	۸(۲۶/۷)	۰	کفایت می‌کند
. / ۰.۲۹۲	۱۶(۵۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	اجاره نشین
	۱۴(۴۶/۷)	۱۰(۳۳/۳)	شخصی
. / ۰.۲۰	۲۵(۸۳/۳)	۳۰(۱۰۰)	خانه‌دار
	۵(۱۶/۷)	۰	کارمند
۱	۱۸(۶۰)	۱۸(۶۰)	طبیعی
	۱۲(۴۰)	۱۲(۴۰)	سزارین

* کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در زنان با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر خدابنده در سال ۱۴۰۰ قبل، بلافاصله بعد از مداخله و ۶ هفته پس از زایمان بین دو گروه مداخله و کنترل (تعداد = ۳۰ نفر در هر گروه)

p-value*	حدود اطمینان ۹۵٪	اختلاف میانگین	گروه مداخله		زمان	متغیر
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
. / ۰.۳۸۴	-۶/۹۸ تا ۲/۷۳	۲/۱۲	۳۳/۶۳ ± ۱۰/۵۱	۳۱/۲۶ ± ۵۳/۲	قبل از مداخله	خودکارآمدی شیردهی
. / ۰.۳۶	۰/۴۶ تا ۱۳/۳۴	۶/۹۰	۳۴/۵۰ ± ۱۱/۵۸	۴۲/۱۶ ± ۱۰/۴۵	بلافاصله بعد از مداخله	
. / ۰.۱۸	۱/۴۵ تا ۱۵/۱۰	۸/۲۸	۳۱/۶۰ ± ۱۰/۷۵	۳۸/۸۳ ± ۱۲/۵۹	شش هفته بعد از زایمان	

* آزمون تی مستقل

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره استرس درک شده در زنان با بارداری ناخواسته مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر خدابنده در سال ۱۴۰۰ قبل، بلافاصله بعد از مداخله و ۶ هفته پس از زایمان بین دو گروه مداخله و کنترل (تعداد = ۳۰ نفر در هر گروه)

p-value*	حدود اطمینان ۹۵٪	اختلاف میانگین	گروه مداخله		زمان	متغیر
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
. / ۰.۲۰۶	-۴/۷۱ تا ۱/۰۳	-۱/۸۳	۲۹/۱۳ ± ۵/۴۶	۲۷/۴۳ ± ۴/۳۱	قبل از مداخله	استرس ادراک شده
. / ۰.۰۲	-۱۴/۰۷ تا ۳/۳۶	-۸/۷۲	۳۲/۰۰ ± ۹/۳۰	۲۲/۰۰ ± ۹/۰۰	بلافاصله بعد از مداخله	
. / ۰.۳۷	-۱۱/۴۴ تا -۰/۳۵	-۵/۹۰	۳۱/۶۰ ± ۸/۴۳	۲۲/۰۳ ± ۱۱/۶۴	شش هفته بعد از زایمان	

* آزمون تی مستقل

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مشاوره زوجی باعث افزایش خودکارآمدی شیردهی در زنان با بارداری ناخواسته شده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه فرهادی هم راستا است. آن‌ها در مطالعه خود نشان دادند میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مشاوره زوجی بیش‌تر از گروه‌های مشاوره فردی و کنترل بوده است (۱۷). در مطالعه‌ای دیگر ربیعی‌پور و همکاران اثربخشی مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری را بر خودکارآمدی شیردهی زنان ارومیه‌ای بررسی کردند. طبق نتایج به دست آمده میانگین نمره خودکارآمدی شیردهی در گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری را نشان داد، به طوری که در گروه مشاوره زوجی خودکارآمدی بیش‌تر از گروه کنترل بود. نتایج مطالعات یاد شده علی‌رغم متفاوت بودن جامعه پژوهش از نظر اثربخشی مشاوره زوجی در بهبود خودکارآمدی شیردهی با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد و نشان می‌دهد رویکرد مشاوره‌ای حاضر در زنان با بارداری ناخواسته نیز از کارایی مناسبی برخوردار است (۲۱).

Abbass-Dick و همکاران تأثیر حمایت پدران بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر را در مورد ۱۰۷ زن کانادایی بررسی کردند. گروه مداخله سه جلسه مشاوره شیردهی دریافت کرده بودند. اولین جلسه مشاوره در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان در بیمارستان، دومین جلسه شش هفته پس از زایمان به صورت مشاوره زوجی و جلسه سوم ۱۲ هفته پس از زایمان

فقط برای مادران برگزار شده بود. محتوای مداخله در زمینه نحوه مشارکت پدران در شیردهی و نحوه فرزندپروری بود. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کرده بودند. نتایج گزارش شده نشان داد نمره خودکارآمدی شیردهی از ابتدا تا ۶ هفته پس از زایمان در گروه مداخله بیش‌تر از گروه کنترل بوده است (۲۲). در مطالعه دیگر کهن و همکاران نشان دادند آموزش شیردهی خانواده محور در روزهای اول پس از زایمان با افزایش خودکارآمدی شیردهی زنان در دو ماه اول پس از زایمان شده است (۲۳).

Brockway و همکاران مطالعه‌ای مشابه با عنوان بررسی تأثیر مراقبت‌های خانواده محور بر خودکارآمدی شیردهی و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر، در مادران دارای نوزادان نارس دیرنگام را انجام دادند، نتایج گزارش شده نشان داد مشاوره خانواده محور باعث بهبود خودکارآمدی شیردهی و تداوم تغذیه با شیر مادر در مادران دارای نوزادان نارس شده است (۲۴). Ozturk و Uludag نشان دادند اثربخشی حمایت همسر در روزهای اول پس از زایمان در تقویت وضعیت عاطفی، جسمی و اجتماعی مادران با بارداری کم خطر در سطح متوسط و در بهبود خودکارآمدی شیردهی در سطح خوب بوده است (۲۵). برجسته و همکاران نشان دادند گنجاندن برنامه‌های حمایتی همسران در دوران بارداری نقش مؤثری در نگه‌داری از نوزاد و موفقیت در شیردهی دارد (۲۶). همچنین نقش حمایت همسر در پذیرش بارداری، مقابله با احساسات و افکار منفی مرتبط با بارداری نیز

در زنان با بارداری ناخواسته نیز نشان داده شده است (۱۶). نتایج مطالعات بالا علی‌رغم متفاوت بودن جامعه پژوهش با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و نشان می‌دهد تقویت مشارکت و همراهی همسران در بارداری ناخواسته نیز به اندازه بارداری‌های کم خطر در افزایش خودکارآمدی شیردهی نقش مؤثری دارد و می‌توان با ادغام مشاوره زوجی در بسته مراقبت‌های بارداری مخصوصاً زنان با بارداری ناخواسته از فواید آن بهره‌مند شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مشاوره زوجی به طور مؤثری باعث کاهش استرس ادراک شده، بلافاصله پس از مداخله و شش هفته پس از زایمان در گروه مداخله شده است که با نتایج مطالعه Alhusen و همکاران هم راستا است. در مطالعه یاد شده حمایت همسر در طول دوران بارداری باعث لذت بخش بودن دوران بارداری و افزایش سلامت روان زنان باردار شده بود (۲۷).

در مطالعه دیگر برجسته و همکاران نشان دادند مشاوره زوجی باعث کاهش اضطراب و نگرانی در زنان باردار شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۶) و اهمیت توجه به کنترل استرس در بهبود پیامدهای مادری و نوزادی را بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌دهد. مادران دارای بارداری ناخواسته در مقایسه با بارداری‌های کم خطر استرس بالاتری را تجربه می‌کنند. نقش استرس ادراک شده بالا در کاهش آزادسازی اکسی‌توسین و در نتیجه کاهش ترشح شیر نشان داده شده است (۲۸) که نتایج مطالعه یاد شده مشابه نتیجه مطالعه حاضر است. تداوم اثرات مثبت

مشاوره زوجی در کاهش استرس تا شش هفته پس از زایمان نشان می‌دهد، مشاوره زوجی می‌تواند به عنوان رویکرد قابل قبولی در بسته خدمتی سلامت روان با تأکید بر بهبود خودکارآمدی شیردهی مورد استفاده قرار گیرد.

براساس جستجوی انجام یافته، نتایج متناقض با مطالعه حاضر یافت نشد. این در حالی است که نتایج متناقض با رویکردهای مشاوره‌ای دیگر گزارش شده است از جمله، Chan و همکاران در مطالعه خود نشان دادند اجرای یک جلسه برنامه آموزش شیردهی و یک جلسه مشاوره تلفنی در هفته اول پس از زایمان اثرات کوتاه مدتی در بهبود خودکارآمدی شیردهی داشته است، به طوری که خودکارآمدی شیردهی در هفته اول پس از زایمان افزایش معناداری داشت، ولی در بهبود خودکارآمدی شیردهی ۴ هفته اول پس از زایمان مؤثر نبود (۲۹). نتایج مطالعه یاد شده از نظر رویکرد و دوره پیگیری ۴ هفته اول پس از زایمان، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. علی‌رغم شناخت اهمیت مشارکت مردان در امور مربوط به بهداشت باروری و سلامت زنان، متأسفانه در ایران هنوز هم مردان در برنامه‌های مراقبتی زنان حضور فعال ندارند و یا اجرای آن در بسیاری از شهرها از جمله شهرستان خدابنده با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. توجه به شرایط و نیازهای آموزشی مردان، استفاده از برنامه‌های مبتنی بر شواهد و اصلاح سیستم بهداشتی درمانی در راستای آموزش بهینه مردان اقدام مؤثری است، اما باید توجه داشت

ناخواسته مؤثر بود. استفاده از این رویکرد می‌تواند در جهت ارتقای سلامت مادران باردار مخصوصاً مادران با بارداری ناخواسته مدنظر سیاست‌گذاران بهداشتی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی است که با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق شماره ۱۳۷.۱۳۹۹. IR.ZUMS.REC و کد کارآزمایی بالینی IRCT20150731023423N18 انجام گرفته است همچنین این مطالعه در سامانه سمات دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد A-11-344-17 به ثبت رسیده و توسط مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی زنجان تأمین مالی شده است. از کلیه کسانی که ما را در انجام تحقیق کمک و یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

که صرفاً حضور مردان در مراکز بهداشتی متضمن افزایش مشارکت آنان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نیست و تغییر نگرش و رفتار آنان، برنامه‌ریزی‌های وسیع‌تری را می‌طلبد.

جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه به صورت خودگزارشی بود و یکی از محدودیت‌های طرح است. برای تعدیل این محدودیت و جلب مشارکت افراد، پژوهشگران اهداف تحقیق و اهمیت داده‌های به دست آمده در ارتقای سلامت مادر و کودک را به مددجویان توضیح دادند. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر شیوع ویروس کرونا برای مشاوره حضوری بود. برای رفع این محدودیت، جهت انجام مشاوره پس از کسب تأیید از کمیته تحقیقات، مشاوره به صورت تلفنی انجام گرفت.

در مجموع، مشاوره براساس رویکرد زوجی بر کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی شیردهی در زنان با بارداری

References

- 1 - Sayehmiri K, Ebtekar F, Zarei M, Gheshlagh RG. Prevalence of unwanted pregnancy among Iranian women: an updated meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Dec 11; 19(1): 491. doi: 10.1186/s12884-019-2640-9.
- 2 - Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Stud Fam Plann. 2010 Dec; 41(4): 241-50. doi: 10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x.
- 3 - Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp O, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017 Nov 25; 390(10110): 2372-2381. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- 4 - Jalali R, Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Ghobadi A, Salari N. Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 2019 Sep 4; 16(1): 133. doi: 10.1186/s12978-019-0804-8.

- 5 - de Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, de Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015 Oct-Dec; 13(4): 618-26. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127.
- 6 - Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Jun 24; 13: 135. doi: 10.1186/1471-2393-13-135.
- 7 - Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 26; 17(1): 44. doi: 10.1186/s12884-017-1223-x.
- 8 - Ermiami E, Widiasih R, Mediani HS. The impact of unwanted pregnancy in adolescents toward pregnancy care: a systematic review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022; 10(F): 7-14. doi: 10.3889/oamjms.2022.7939.
- 9 - Khosravi Anbaran Z, Baghdari N, Sadeghi Sahebzad E, Moradi M, Karimi FZ. Comparing infant nutrition in wanted and unwanted pregnancies. *International Journal of Pediatrics*. 2016; 4(12): 4043-4050.
- 10 - Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis C-L. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: a systematic review of the literature. *Midwifery*. 2019 Aug; 75: 41-51. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.001.
- 11 - Asgarian A, Hashemi M, Pournikoo M, Mirazimi TS, Zamanian H, Amini-Tehrani M. Translation, validation, and psychometric properties of breastfeeding self-efficacy scale-short form among Iranian women. *J Hum Lact*. 2020 May; 36(2): 227-235. doi: 10.1177/0890334419883572.
- 12 - Shahry P, Kalhori SR, Esfandiyari A, Zamani-Alavijeh F. A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016 Apr; 4(2): 176-85.
- 13 - Kortsmi K, Garfield C, Smith RA, Boulet S, Simon C, Pazol K, et al. Paternal involvement and maternal perinatal behaviors: pregnancy risk assessment monitoring system, 2012-2015. *Public Health Rep*. 2020 Mar-Apr; 135(2): 253-261. doi: 10.1177/0033354920904066.
- 14 - Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM. The impact of paternal involvement on fetoinfant morbidity among whites, blacks and Hispanics. *Matern Child Health J*. 2010 Sep; 14(5): 735-741. doi: 10.1007/s10995-009-0482-1.
- 15 - Kuliukas L, Hauck YL, Jorgensen A, Kneebone K, Burns SK, Maycock BR, et al. Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers: perceptions of facilitators and participants. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Jan 29; 19(1): 48. doi: 10.1186/s12884-019-2198-6.
- 16 - Jahani Shoorab N, Irani M, Mirzaei Kh, Sadeghi T, Mazloun SR, Jamali J. Comparing prenatal and postnatal social support of women with wanted and unwanted pregnancies referring to the health centers of Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2022; 10(1): 3128-3134.

- 17 - Farhadi A. [Comparison of the effectiveness of couple-centered and mother-centered breastfeeding counseling on self-efficacy and lactation success in primiparous women]. MSc. Thesis, Shahroud University of Medical Sciences, 2015. (Persian)
- 18 - Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact.* 1999 Sep; 15(3): 195-201. doi: 10.1177/089033449901500303.
- 19 - Araban M, Mehrjardi FF, Shahry P, Montazeri A. [The Persian version of breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF): translation and psychometric assessment]. *Payesh.* 2016; 15(1): 87-93. (Persian)
- 20 - Maroufizadeh S, Zareian A, Sigari N. [Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "perceived stress scale" among asthmatic patients in Iran]. *Payesh.* 2014; 13(4): 457-465. (Persian)
- 21 - 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, 2013]. *Nursing and Midwifery Journal.* 2015; 13(4): 338-347. (Persian)
- 22 - Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis CL. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2015 Jan; 135(1): 102-10. doi: 10.1542/peds.2014-1416.
- 23 - Kohan Sh, Heidari Z, Keshvari M, Dolati A. [Promoting breastfeeding empowerment in primiparous women: effect of family-center education and support]. *Daneshvar Medicine.* 2016; 24(125): 51-58. (Persian)
- 24 - Brockway M, Benzies KM, Carr E, Aziz K. Breastfeeding self-efficacy and breastmilk feeding for moderate and late preterm infants in the family integrated care trial: a mixed methods protocol. *Int Breastfeed J.* 2018 Jul 6; 13: 29. doi: 10.1186/s13006-018-0168-7.
- 25 - Uludag E, Ozturk S. The effect of partner support on self-efficiency in breastfeeding in the early postpartum period. *The American Journal of Family Therapy.* 2020; 48(2): 211-219. doi: 10.1080/01926187.2019.1697973.
- 26 - Barjaste S, Alizadeh S, Moghaddamtabrizi F. [The effect of couple counselling based on marital support on anxiety and worry during pregnancy]. *Nursing and Midwifery Journal.* 2018; 15(11): 851-862. (Persian)
- 27 - 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 Nov-Dec; 41(6): E71-81. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x.
- 28 - Nagel EM, Howland MA, Pando C, Stang J, Mason SM, Fields DA, et al. Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: a narrative review. *Clin Ther.* 2022 Feb; 44(2): 215-227. doi: 10.1016/j.clinthera.2021.11.007.
- 29 - Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: a longitudinal study. *Midwifery.* 2016 May; 36: 92-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.003.

The effect of couples counseling on perceived stress and the improvement of breastfeeding self-efficacy in women with an unwanted pregnancy: A randomized controlled trial study

Mahnaz Abozari¹, Azam Maleki^{2*}, Saeideh Mazloomzadeh³, Loghman Ebrahimi⁴

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2022
Accepted: Dec. 2022
Published: 6 Mar. 2023

Corresponding author:
Azam Maleki
e-mail:
malekia@zums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: The average growth indicators in babies from unwanted pregnancy are lower than other babies. Perceived stress in these mothers can have a double effect on the reduction of milk. Considering the importance of breastfeeding in the health of mother and child, the present study aimed to determine the effect of couples counseling on perceived stress and the improvement of breastfeeding self-efficacy in women with an unwanted pregnancy.

Methods & Materials: In this randomized controlled trial study, 60 women with an unwanted pregnancy referred to comprehensive health centers of Khodabandeh city in 2021 were selected using the convenience sampling method and randomly allocated into two intervention and control groups in blocks of four. The control group received routine care, and the intervention group received six sessions of couples counseling based on spousal support twice a week. The data were collected using the Dennis Breastfeeding Self-efficacy Questionnaire, and the Cohen's Perceived Stress Questionnaire in three stages; before, immediately after the intervention and six weeks after delivery. The data were analyzed using the SPSS software version 16 by descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test and repeated measures ANOVA at a 95% confidence level.

Results: In the counseling group, the mean score of breastfeeding self-efficacy increased immediately after the intervention and six weeks after delivery compared to before the intervention, and decreased in the control group ($P<0.001$). In the counseling group, the mean score of perceived stress decreased immediately after the intervention and six weeks after delivery compared to before the intervention, and increased significantly in the control group ($P<0.001$).

Conclusion: Couples counseling based on spousal support was effective in improving breastfeeding self-efficacy and reducing perceived postpartum stress in women with an unwanted pregnancy. The presence of spouses in the breastfeeding counseling program appears to be a suitable measure that can be taken into consideration by planners in this field.

Clinical trial registry: IRCT20150731023423N18

Key words: counseling, self-efficacy, breastfeeding, perceived stress, unwanted pregnancy

Please cite this article as:

Abozari M, Maleki A, Mazloomzadeh S, Ebrahimi L. [The effect of couples counseling on perceived stress and the improvement of breastfeeding self-efficacy in women with an unwanted pregnancy: A randomized controlled trial study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 28(4): 419-433. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
2 - Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
3 - Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 - Dept. of Psychology, School of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran

