

## تأثیر مشاوره در سه ماهه سوم بارداری بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا در شروع زایمان

معصومه دل‌آرام<sup>۱</sup>، فرزانه سلطانیپور<sup>۲</sup>

۱. استادیار مامائی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

۲. مربی مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کرج

### چکیده

**مقدمه:** اضطراب به‌عنوان یک عامل بازدارنده و مؤثر بر روند زایمان شناخته شده است. به‌علت نتایج متفاوت مطالعات کشورهای دیگر و عدم وجود مطالعه مشابه در ایران، این پژوهش با هدف "تعیین تأثیر مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری بر میزان اضطراب زنان اول‌زا در شروع زایمان" طراحی گردید.

**مواد و روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی در ۶۸ زن نخست‌زا که سابقه بستری در بیمارستان و بیماری روانی شناخته شده‌ای نداشتند، انجام گردید. افراد پس از تکمیل فرم رضایتنامه، در ابتدای سه ماهه سوم بارداری با استفاده از تست اضطراب هامیلتون مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اضطراب آن‌ها سنجیده شد و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۳۴ نفره تقسیم شدند. افراد گروه مداخله در هر مراجعه در سه ماهه سوم در مورد مسائل مختلف بارداری و زایمان، مورد مشاوره قرار گرفتند و افراد گروه کنترل از مراقبت‌های معمول برخوردار شدند. افراد دو گروه در هنگام پذیرش جهت زایمان مجدداً مورد سنجش اضطراب قرار گرفتند. جهت تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS-15، آزمون‌های من‌ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره اضطراب در گروه مداخله در سه ماهه سوم بارداری  $26/5 \pm 7/6$  و در زمان پذیرش جهت زایمان  $11/82 \pm 8/3$  بود و تفاوت معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). این میزان در گروه کنترل در سه ماهه سوم  $25/90 \pm 6/9$  و در زمان زایمان  $23/53 \pm 5/38$  بود که تفاوت معنی‌دار نداشتند ( $p = 0/25$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری سبب کاهش میزان اضطراب آن‌ها در شروع زایمان می‌گردد. جهت کاهش اضطراب زنان نخست‌زا، مشاوره در اواخر بارداری پیشنهاد می‌گردد. [م ت ع پ ز، (-):]

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره، زنان نخست‌زا، اضطراب، زایمان

### مقدمه

که پس از زایمان اقدامات مداخله‌ای نظیر مشاوره دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل به میزان کمتری دچار اضطراب شدند.<sup>۱</sup> مطالعه‌ای گزارش کرده است که ارائه مشاوره پس از زایمان به زنانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند، توانسته است در مدت سه ماه پس از زایمان، اختلال استرسی را کاهش دهد.<sup>۲</sup> یافته مشابهی توسط Gamble گزارش شده است. در مطالعه اخیر اگرچه زنان در گروه مشاوره شده از سطح اضطراب کمتری برخوردار بودند، اما این تفاوت معنی‌دار نبود.<sup>۳</sup> در مطالعه Ryding و همکاران نیز مشاوره به زنانی که یک سزارین اورژانسی را تجربه کرده بودند، تأثیر مثبتی در کاهش اضطراب داشت.<sup>۴</sup>

در کنار این مطالعات، گزارشات نیز وجود دارند که نقش مشاوره در کاهش اضطراب را رد کرده‌اند. در این رابطه مطالعه‌ای گزارش کرده است که مشاوره در کاهش عوارض روانی پس از زایمان بی‌تأثیر است.<sup>۵</sup> نتایج مطالعه Ryding و همکاران نیز حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار در بهبود علائم روانی بین گروه مداخله و کنترل در مدت ۶ ماه پس از زایمان است.<sup>۶</sup> یافته‌های اخیر این فرضیه را مطرح می‌کنند که امکان پیشگویی عوارض حاملگی از طریق کاربرد تست‌های روانی در دوره حاملگی وجود دارد.<sup>۷</sup>

با توجه به نتایج متفاوت مطالعات در زمینه تأثیر مشاوره بر اضطراب پس از زایمان و با در نظر گرفتن این مسئله که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص اثر مشاوره دوران بارداری بر اضطراب زنان نخست‌زا در شروع زایمان در کشور منتشر نشده است و هم‌چنین با توجه به اهمیت پیشگیری از اضطراب حین زایمان، مطالعه حاضر با هدف "تعیین تأثیر مشاوره با زنان در سه ماهه سوم

اضطراب عبارتست از یک حالت ناخوشایند و ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و با علائمی مثل احساس خستگی، بیقراری و طپش قلب همراه می‌گردد. در سبب‌شناسی اضطراب، عوامل ژنتیکی، ارثی، محیطی، روانی، اجتماعی و بیولوژیکی مطرح می‌باشند.<sup>۱</sup> وجود اضطراب در بارداری و زایمان اثرات مضر به همراه داشته و در اضطراب طولانی‌مدت با تحریک سیستم عصبی اتونوم، عضلات صاف شریان‌ها منقبض شده، جریان خون رحمی-جفتی و اکسیژن رسانی به رحم کاهش یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی گردیده و احتمال زایمان زودرس افزایش می‌یابد.<sup>۲</sup> هورمون‌هایی که در پاسخ به اضطراب ترشح می‌شوند مانند کاتکولامین‌ها، کورتیزول، اپی‌نفرین و بتا‌آندورفین‌ها می‌توانند باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم گردیده و هم‌چنین بر عضلات صاف رحم اثر کرده و باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کارآیی آن در روند زایمان شوند، به‌طوری‌که در نهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد و ایجاد اضطراب گردند.<sup>۳</sup> عدم آمادگی زنان باردار علت اصلی افزایش مداخلات پزشکی بوده و آماده‌سازی زایمانی روشی است که با دادن آگاهی، زنان باردار را در جهت زایمان آماده می‌سازد.<sup>۴،۵</sup> در کشورهای مختلف از روش‌های متنوعی برای کاهش اضطراب بیماران قبل از اعمال جراحی استفاده می‌شود. به‌عنوان مثال از جلسات مشاوره روانی، عیادت بیماران از افرادی که قبلاً تحت عمل جراحی مشابه قرار گرفته‌اند و پخش موسیقی قبل از اعمال جراحی.<sup>۶،۷</sup> در خصوص نقش مشاوره به‌عنوان راهکاری برای پیشگیری از اضطراب، یافته‌های متناقضی وجود دارد. در مطالعه Lavender، مادرائی

گردید که زمان بستری شدن خود در بیمارستان جهت زایمان را با همین شماره تلفن به پژوهشگر و یا همکاران وی اطلاع دهند.

افراد گروه شاهد در این مدت مشاوره‌ای نداشته و از مراقبت‌های روتین و معمول دوران بارداری برخوردار شدند. سپس پژوهشگر و یا همکاران وی با اطلاع تلفنی واحدهای مورد پژوهش در زمان بستری شدن جهت زایمان، در بیمارستان حاضر شده و قبل از بستری شدن زنان، مجدداً میزان اضطراب آنان را با استفاده از همان پرسشنامه تعیین کردند.

تعداد ۵ نفر از گروه آزمون و ۳ نفر از گروه کنترل به علت عدم اطلاع زمان بستری شدن خود، از مطالعه خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۲۹ نفر از گروه آزمون و ۳۱ نفر از گروه شاهد انجام شد. از آنجائی که در این مطالعه توزیع نمرات نرمال نبود، از روش‌های آماری نان پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد و برای مقایسه اضطراب قبل و بعد از آشنائی از آزمون ویلکاکسون و برای مقایسه اضطراب دو گروه آزمون و کنترل از آزمون آماری من ویتنی استفاده شد. نتایج حاصله با استفاده از نرم افزار SPSS-15 مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در جدول ۱ ارائه شده و نشان می‌دهد که این متغیرها در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارند.

جدول ۱: مقایسه متغیرهای کمی در گروه مشاوره شده و مشاوره نشده

متغیر	گروه	مداخله Mean±SD	کنترل Mean±SD	p
سن (سال)		۲۴/۵۸±۵/۴	۲۴/۶۲±۳/۹	۰/۹۷
قد (سانتی‌متر)		۱۶۲±۴/۹	۱۶۱±۵/۰	۰/۶۴
وزن ابتدای باردای (کیلوگرم)		۶۱/۲۷±۱۱/۷	۶۲/۲۹±۱۱/۴	۰/۷۳
سن حاملگی براساس LMP (هفته)		۳۹/۲۸±۱/۶	۳۹/۶۲±۰/۹	۰/۱۲
سن حاملگی براساس سونوگرافی (هفته)		۳۷/۹۴±۵/۹	۳۹/۶۲±۱	۰/۱۴
میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان بستری (سانتی‌متر)		۲/۳۷±۲/۱	۲/۲۴±۱/۶	۰/۳۰
طول مدت مرحله اول زایمان (ساعت)		۶/۲۵±۱/۸	۶/۴۱±۲/۷	۰/۸۹

توزیع فراوانی متغیرهای کیفی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۲ ارائه شده و بیانگر این است که علت ختم حاملگی، دریافت و یا عدم دریافت اکسی‌توسین در مرحله اول زایمان و نوع زایمان در دو گروه از تفاوت معنی‌داری برخوردار بوده و افراد مشاوره شده بیشتر با شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه کرده، کمتر اکسی‌توسین دریافت کرده و میزان عمل سزارین نیز در آن‌ها کمتر بوده است. مقایسه نمرات اضطراب دو گروه مداخله و بدون مداخله در اوایل سه ماهه سوم بارداری و زمان شروع زایمان در جدول ۳ ارائه شده و نشان می‌دهد که قبل از مداخله یعنی در اوایل سه ماهه سوم بارداری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشته ( $p=0/44$ )، اما پس از مداخله یعنی در زمان بستری شدن جهت زایمان، این تفاوت معنی‌دار است ( $p<0/001$ ). این جدول هم‌چنین موید این است که تفاوتی در میانگین نمره اضطراب گروه بدون مداخله در اوایل سه ماهه سوم بارداری و

بارداری بر میزان اضطراب زنان نخست زادر شروع زایمان<sup>۱۱</sup> در مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد انجام شد.

### روش کار

این پژوهش نیمه تجربی در دو گروه آزمون و شاهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نخست‌زای تحت پوشش ۳ مرکز بهداشتی-درمانی شهری و ۶ پایگاه بهداشتی شهر کرد بود و تعداد نمونه ۶۸ نفر از این افراد بودند که از هر مرکز بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز و پایگاه بهداشتی، به‌طور تصادفی انتخاب شدند. هیچکدام از افراد دو گروه سابقه بستری شدن در بیمارستان و هم‌چنین بیماری روانی شناخته شده را نداشتند. زنان چندزا و آن دسته از زنان نخست‌زا که سابقه سقط داشتند، از مطالعه خارج شدند. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش‌های پزشکی با کد ۲-۲-۸۸ واحدهای مورد پژوهش در دو گروه پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اعلام آمادگی برای ورود به پژوهش و هم‌چنین تکمیل فرم ثبت اطلاعات فردی، در ابتدای سه ماهه سوم بارداری با استفاده از تست روانشناختی اضطراب هامیلتون مورد بررسی قرار گرفته و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۳۴ نفره آزمون و شاهد تقسیم شدند.

پرسشنامه اضطراب هامیلتون شامل ۱۳ آیت می‌باشد که آیت‌های آن در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده‌اند. در این مقیاس صفر به معنای عدم وجود اضطراب، یک به معنای میزان اضطراب خفیف، دو به معنای میزان اضطراب متوسط، سه به معنای میزان اضطراب شدید و چهار به معنای میزان اضطراب خیلی شدید است. مقیاس اضطراب هامیلتون از جمله اولین مقیاس‌هایی است که برای ارزیابی شدت اضطراب توسط ماکس هامیلتون در سال ۱۹۵۹ طراحی شده و از آن زمان به‌طور شایعی برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. چندین مطالعه اعتباریابی، ارزش روان‌سنجی آن راثبت کرده‌اند. ضریب پایائی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون مجدد برابر ۰/۸۶ تعیین گردیده است.<sup>۱۱</sup> در این مطالعه روش گردآوری اطلاعات خود گزارشی بوده و افراد گروه آزمون در هر بار مراجعه در سه ماهه سوم بارداری به مراکز بهداشتی-درمانی که به‌طور متوسط در ماه هفتم بارداری ماهیانه یک بار، در ماه هشتم ماهیانه دو بار و در ماه نهم ماهیانه چهار بار بود، در مورد مراحل مختلف زایمان طبیعی، بهداشت بعد از زایمان، مراقبت از نوزاد، ترویج تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده، فواید زایمان طبیعی، مضرات سزارین، علائم شروع زایمان، زمان مراجعه به بیمارستان جهت زایمان و مشکلات ناشی از بستری شدن زودرس برای مادر و نوزاد، توسط دو کارشناس مامائی به‌صورت چهره به چهره مورد مشاوره واقع شده و شکایات و مشکلات آن‌ها در بارداری مورد بحث و بررسی قرار گرفته و راهنمایی‌های لازم ارائه گردید.

هم‌چنین واحدهای مورد پژوهش در هفته‌های ۳۷ و ۳۸ بارداری با فضای اتاق زایمان و اقدامات انجام شده در آن آشنا شدند. ضمن این که شماره تلفنی در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که در هر ساعت از شبانه‌روز که دچار مشکلی شدند و یا سوالی داشتند، با پژوهشگر و یا همکار وی تماس بگیرند. هم‌چنین از کلیه واحدهای مورد پژوهش درخواست

آموزش به مادران موجب ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به زایمان و پرسنل زایمانی شده و اعتماد به نفس و اطمینان آن‌ها را افزایش می‌دهد. این مادران در مقایسه با گروه کنترل، ترس و اضطراب کمتری داشته و خود را ملزم می‌دانند که در اداره زایمان به‌طور فعال شرکت کنند.<sup>۱۳</sup> در مطالعه‌ای تاثیر مثبت شیوه‌های روانشناختی را در کاهش اضطراب زایمان گزارش شده است. در این مطالعه آمده است که آموزش کافی و صحیح موجب افزایش میزان آگاهی مادر شده و او را قادر می‌سازد تا در زمینه مسائل و مشکلات بارداری از راهبردهای صحیح حل مسئله بهره گیرد.<sup>۱۴</sup> در تحقیق دیگری گزارش شده است که مادران در این آموزش‌ها، شیوه حل مسئله را می‌آموزند و با زایمان به‌عنوان یک مسئله قابل حل برخورد می‌کنند. هم‌چنین روابط اجتماعی سالم نیز در این کلاس‌ها افزایش می‌یابد.<sup>۱۵</sup> در بررسی دیگری تاثیر بارز گفتگو با بیمار قبل از عمل جراحی در کاهش اضطراب قبل از عمل گزارش شده است.<sup>۱۶</sup> یافته‌های مشابهی در مطالعه لاوندر و همکاران گزارش شده است<sup>۱۷</sup> که نتایج تمامی این مطالعات با مطالعه حاضر همراستا می‌باشد. در مطالعه ملک پور افشار و همکاران که طی ۳ جلسه دو ساعته، تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، مراحل زایمانی و تکنیک‌های تنفسی را به مادران اول‌زا آموزش داده و سپس در پایان جلسات یک جزوه آموزشی نیز در اختیار آن‌ها قرار داده بودند، گزارش شده است که این جلسات آموزشی توانسته است اضطراب را در طی حاملگی و زایمان کاهش دهد.<sup>۱۸</sup> مطالعه دیگری گزارش کرده است که مشاوره توسط ماما پس از یک زایمان تروماتیک، تاثیری در میزان اضطراب زنان نداشته است.<sup>۹</sup> که در این مورد بین یافته‌های مطالعه حاضر و بررسی فوق‌الذکر همخوانی وجود ندارد. تفاوت تعداد نمونه در دو مطالعه، متفاوت بودن شیوه مشاوره، کمتر بودن تعداد جلسات مشاوره و زمان پیگیری نمونه‌ها، احتمالاً می‌تواند در توجه این اختلاف مدنظر قرار گیرد. Consonni و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که مشاوره با مادران در دوران بارداری سبب افزایش میزان زایمان واژینال، آپگار بهتر نوزاد در دقیقه یک، افزایش وزن نوزاد و کاهش مدت اقامت نوزاد در بخش نوزادان شده است.<sup>۴</sup> مطالعه حاضر در مورد اضطراب زایمان انجام شد و افراد مورد بررسی افراد سالم بودند، در نتیجه یافته‌های این مطالعه قابل تعمیم به سایر اعمال جراحی که در آن‌ها افراد کاندید در شرایط بیماری قرار دارند، نمی‌باشد. هم‌چنین نتایج قابل تعمیم با زنان چندزا که تجربه زایمان و اقامت در اتاق زایمان را داشته‌اند، نمی‌باشد. مشاوره با زنان نخست‌زا در سه ماهه سوم بارداری، سبب کاهش میزان اضطراب آنان می‌گردد. با توجه به سادگی، ارزانی و غیرتهاجمی بودن این روش، پیشنهاد می‌شود در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری، تمامی زنان نخست‌زا در سه ماهه سوم بارداری در مورد مسائل مختلف مربوط به زایمان مورد مشاوره قرار گیرند

### سپاسگزاری

این طرح با شماره ۶۹۸ مورخه ۸۶/۱۲/۲۶ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب شد. کد ثبت کارآزمایی بالینی این مطالعه 138903063078N4 می‌باشد.

زمان بستری شدن جهت زایمان وجود نداشته ( $p=0/44$ )، اما این میزان در گروه مورد مشاوره در زمان‌های مذکور از تفاوت معنی‌داری برخوردار بوده است ( $p<0/001$ ).

جدول ۲: مقایسه متغیرهای کیفی در گروه مشاوره شده و مشاوره نشده

عوامل مرتبط	گروه مشاوره شده	بدون مشاوره	p
شغل	خانه‌دار	۲۵	۰/۳۳
	شاغل	۴	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱	۰/۰۵
	راهمائی	۳۲	
	دبیرستانی	۲۲	
	دانشگاهی	۹	
سابقه بیماری	بلی	۰	۰/۳۳
	خیر	۳۱	
عوارض بارداری	بلی	۰	۰/۲۲
	خیر	۳۰	
تحت نظر	پزشک	۲۹	۰/۰۳
	مراکز بهداشتی	۳۲	
تمایل به زایمان طبیعی	بلی	۲۷	۰/۲۲
	خیر	۶	
نوع زایمان	طبیعی	۲۲	۰/۰۱
	سزارین	۱۰	
علت ختم حاملگی	شروع دردهای زایمانی	۱۵	۰/۰۴
	توصیه پزشک	۱۷	
دریافت اکسی توسین	بلی	۱۸	۰/۰۴
	خیر	۵	

جدول ۳: مقایسه نمرات اضطراب در دو گروه مدافله و بدون مدافله در اوایل

گروه	سه ماهه سوم بارداری و زمان شروع زایمان	
	در زمان شروع زایمان	در شروع سه ماهه سوم بارداری
	Mean±SD	Mean±SD
بدون مداخله	۲۳/۵۳±۵/۸	۲۵/۹۰±۶/۹
مداخله	۱۱/۸۲±۸/۷	۲۶/۴۳±۷/۶
p	<۰/۰۰۱	۰/۴۴

### بحث

در طول حاملگی و زایمان عوامل متعددی منجر به بروز حالات اضطرابی در مادر می‌گردد که شایعترین آن‌ها فقدان اعتماد مادر به عامل زایمان و ترس از درد زایمان می‌باشد که این عوامل تا حدود زیادی با دادن آموزش‌های مناسب کاهش می‌یابند.<sup>۳</sup> یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره با زنان نخست‌زاد در سه ماهه سوم بارداری احتمالاً بر کاهش میزان اضطراب آنان در زمان زایمان موثر است. در مطالعه حسینی‌نسب و همکاران که تاثیر آموزش‌های دوران بارداری را بر میزان اضطراب زنان بررسی کرده‌اند، گزارش شده است که آموزش توانسته است میزان اضطراب را کاهش دهد، به‌طوری‌که زنان آموزش دیده در مقایسه با گروه کنترل اضطراب کمتری را تجربه کرده‌اند.<sup>۱۲</sup> انجمن مامائی در آمریکا تاثیر مثبت آموزش‌های دوران بارداری را چنین توجیه می‌کند که برای ورود به یک محیط ناآشنا و ترسناک، داشتن آگاهی قبلی ضروری است. مطابق این نظریه

## References

1. Azizi M, Faghihzade S, Nematollahzade M and Lamyian M. [The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women; A single blind randomized clinical trial] Persian. Behood 2010; 14(3): 219-227.
2. Arai YC, Ueda W, Ushida T, et al. Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53(5): 607-10.
3. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, et al. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38(5): 567-76.
4. Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, et al. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcomes. Reprod Health 2010; 7: 28.
5. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. BJOG 2009; 116(9): 1167-76.
6. Wang SM, Kulkarni L, Dolev J and Kain ZN. Music and preoperative anxiety: A randomized, controlled study. Anesth Analg 2002; 94(6): 1489-94.
7. McEwen A, Moorthy C, Quantock C, et al. The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures. Paediatr Anaesth 2007; 17(6): 534-9.
8. Taghizadeh Z, Jafarbigloo M, Arbabi M and Faghihzadeh S. [The effect of counseling on post traumatic stress disorders after traumatic childbirth] Persian. J Tehran Univ Med Sci 2007; 13(4): 23-31.
9. Gamble J, Creedy D, Moyle W, et al. Effectiveness of a counseling intervention after traumatic childbirth: A randomized control trial. J Birth 2005; 32(1): 9-11.
10. Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, et al. Personality and fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(7): 814-20.
11. Tashakori A, Arabgol F, Panaghi L and Davari R. [The effect of reboxetine in the treatment of depression in children and adolescents] Persian. Tehran Univ Med J 2007; 65(8): 40-48.
12. Hosseininasab SD, Taghavi S. [The effectiveness of prenatal education in decreasing the childbirth pain and anxiety] Persian. Med J Tabriz Univ 2010; 31(4): 24-30.
13. Davis E. Heart and Hands; A midwife's guide to pregnancy and birth. 4<sup>th</sup> ed. Toronto: Celestial Arts Press; 2007: 105-138.
14. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth can be treated and cesarean section on maternal request avoided. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(9): 1148-9.
15. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. Nurs Res 2010; 59(3): 194-202.
16. Yousaf F, Seet E, Venkatraghavan L, et al. Efficacy and safety of melatonin as an anxiolytic and analgesic in the perioperative period: A qualitative systematic review of randomized trials. Anesthesiology 2010; 113(4): 968-76.
17. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized control trial. Birth 1998; 25(4): 215-19.
18. Malekpour-Afshar F, Salari P, Azar-Pejouh H and Ismaeili H. [Evaluation of the effect of the education module (Preparing for childbirth) on the level of anxiety during pregnancy and labor in primigravida women] Persian. J Shahid Sadoghi Univ Med 2005; 13(3): 44-39.

## *The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for labor*

Masoumeh Delaram,<sup>1</sup> Farzaneh Soltanpour<sup>2</sup>

**Background:** Anxiety is recognized as a preventive and effective factor in labor progress. Due to the different results of studies in other countries and lack of the similar study in Iran, this study was designed to determine the effect of counseling with nulliparous women in third trimester on their anxiety in the beginning of labor.

**Materials and Method:** This quasi-experimental study was carried out on 64 nulliparous women who had not previous hospitalization and known psychological disease. The women completed the consent form and then their anxiety was assessed in third trimester by Hamilton Scale. Those women were randomly entered into the study groups (34 individuals in each group). The intervention group in every visit in third trimester was counseled about the different topics of pregnancy and delivery. The non-intervention group received the normal prenatal care. Then the anxiety scores of both groups of women were assessed at the time of hospitalization for delivery. Data was analyzed by SPSS-15, Mann- Witney-*U* and Wilcoxon rank tests. P-value less than 0.05 was considered significant.

**Results:** Mean of anxiety score in intervention group was  $26.5 \pm 7.6$  in third trimester and  $11.82 \pm 8.3$  at the time of admission for delivery and difference was significant ( $p < 0.001$ ). It was  $25.90 \pm 6.9$  in third trimester and  $23.53 \pm 5.8$  at the time of labor beginning in non-intervention group and the difference was not significant ( $p = 0.25$ ).

**Conclusion:** Counseling with pregnant women in third trimester reduced their anxiety in the beginning of labor. For reduction of anxiety of nulliparous women, counseling in third trimester was suggested.

**Keywords:** Counseling, nulliparous women, anxiety, labor

1. Assistant Professor of Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
2. MSc of Midwifery, Karaj University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

*Please cite this article as:* Delaram M, Soltanpour F. The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for labor. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) ;