

The effect of meaning-centered therapy on health practice in women experiencing unplanned pregnancy: a randomized controlled clinical trial

Fereshteh Baghaei¹, Parisa Yavarikia^{*2}, Esmat Mehrabi^{3,4}, Roghaiyeh Nourizadeh², Alireza Mortazavi⁵

¹MSc Student in Midwifery Counselling, Students' Research Committee, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Clinical Research Development Unit of Al-Zahra Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Women's Reproductive Health Research Center, Al-Zahra Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵Daman Clinic of Psychology, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 5 Jan 2026

Revised: 18 Apr 2026

Accepted: 20 Apr 2026

ePublished: 15 Jun 2026

Keywords:

- Meaning-centered therapy
- Unplanned pregnancy
- Health practices
- Prenatal care

Abstract

Background. Health practice is essential for a successful pregnancy; however, women with unplanned pregnancies often face psychological barriers that frequently disrupt health practices, thereby increasing the likelihood of adverse maternal and fetal outcomes. Accordingly, to identify the impact of psychological-based interventions in this context, the present study was designed and conducted to examine the effect of meaning-centered counseling on health practices of women with unplanned pregnancies.

Methods. This randomized controlled clinical trial was conducted with the participation of 52 women experiencing unplanned pregnancy in Tabriz, Iran, from January to September 2024. Written informed consent was obtained from all participants, and participants with gestational age between 16 and 24 weeks were randomly assigned into two groups (1:1 ratio) using RAS software and blocks of 4 and 6. The participants in the control group received standard prenatal care, while the participants in the intervention group attended five weekly sessions of group meaning-centered therapy (each session lasting 60–90 minutes). Health practices were assessed before and 4 weeks after the intervention using a validated questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 26.

Results. Findings indicated no statistically significant differences in demographic characteristics between the intervention and control groups. The results of the ANCOVA test showed that after the intervention, the mean health practice score in the counseling group was significantly higher than in the control group (adjusted mean difference: 33.35; 95% CI: 29.76–36.95; $P=0.001$).

Conclusion. Meaning-centered therapy can be an effective treatment option for improving health practices among women with unplanned pregnancies. By helping women find meaning in their circumstances, this counseling approach may empower them to actively engage in prenatal care and achieve better health outcomes for themselves and their fetus.

Practical Implications. Identifying effective and appropriate counseling approaches to enhance mental health and health practices in women facing unplanned pregnancy can serve as a valuable strategy for improving pregnancy and childbirth outcomes.

How to cite this article: Baghaei F, Yavarikia P, Mehrabi E, Nourizadeh R, Mortazavi A. The effect of meaning-centered therapy on health practice in women experiencing unplanned pregnancy: a randomized controlled clinical trial.

Med J Tabriz Uni Med Sciences.2026; 48(3): doi:10.34172/mj.026.35331. Persian.

*Corresponding author; Email: p_k_hn@yahoo.com

© 2026 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background

Maintaining positive health practices is fundamental for ensuring maternal and fetal well-being during pregnancy. However, women experiencing unplanned pregnancies often face significant psychological distress, including anxiety and diminished sense of control on life events. These emotional challenges can act as substantial barriers, leading to poor engagement in prenatal care, suboptimal nutrition, and other unhealthy practices. Traditional medical care may not adequately address these underlying psychological issues. Meaning-centered counseling is a psychotherapeutic approach that helps individuals find meaning and purpose in life circumstances. It offers a potential avenue to improve psychological resilience. Therefore, this study was designed to investigate the effect of meaning-centered counseling on health practices of women with unplanned pregnancies.

Methods

A two-arm parallel-group randomized controlled trial (RCT) was conducted from January to September 2024 in Tabriz, Iran. The study population comprised pregnant women aged 18-49 years, with a gestational age of 16-24 weeks, who reported their current pregnancy as unplanned. Exclusion criteria included fetal abnormalities, high-risk pregnancies such as those involving diabetes, preeclampsia, or chronic diseases affecting pregnancy, a history or current diagnosis of mental health disorders, hospitalization in a psychiatric hospital, recent adverse events, or acute stressors such as the death of a first-degree family member in the past few months. A total of 52 eligible women who provided written informed consent were enrolled in the study. Participants were randomly allocated to either the intervention or control group using a computer-generated randomization sequence (RAS software) with a 1:1 allocation ratio and a block randomization method (blocks of 4 and 6) to ensure balanced group sizes. Due to the nature of the intervention, blinding of participants and counselors was not possible; however, the data analyst was

blinded to group allocation. The participants in the control group received standard prenatal care. The participants in the intervention group received standard care plus 5 weekly group meaning-centered counseling sessions. Each session lasted 60-90 minutes and the counseling was provided by a trained counselor. The curriculum was based on Viktor Frankl's principles, focusing on helping participants discover personal meaning, reframe their perspective on the unplanned pregnancy, and identify future-oriented purpose. The outcome was health practice, which was measured using the validated Health Practices Questionnaire (HPQ-II). It assesses practices across domains like nutrition, supplement adherence, physical activity, appointment attendance, and avoidance of harmful substances. Scores range from 34 to 170, with higher scores indicating better health practices. The questionnaire was administered at baseline (pre-intervention) and 4 weeks after the final counseling session. Data were analyzed using the Analysis of Covariance (ANCOVA) to compare the follow-up scores between the groups, controlling for baseline scores and any potential confounding variables. A *P*-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

Out of 82 women with unplanned pregnancies who visited the selected health centers in Tabriz, 52 were enrolled in the study after meeting the inclusion criteria and expressing willingness to participate. They were randomly assigned to two groups: the intervention group (26 participants) and the control group (26 participants). Throughout the study, the number of participants remained constant, and the data obtained from all participants were statistically analyzed after the 4-week follow-up. There were no statistically significant differences in baseline demographic characteristics (mean age, gestational age, education level, etc.) or baseline health practice scores between the intervention and control groups, indicating successful randomization. At baseline, the mean health practice score was 105.96 in the control group and 108.92 in the intervention group. At the

four-week follow-up, the mean health practice score in the control group showed a slight non-significant increase from 105.96 to 107.24. In contrast, the intervention group demonstrated a substantial and statistically significant improvement, with a mean score of 142.50. The ANCOVA analysis, controlling for baseline scores, confirmed that the difference between the groups was significant. The adjusted mean score for health practices in the intervention group was higher compared to the control group (adjusted mean difference: 33.35, 95% CI: 29.76 to 36.95, $P < 0.001$). This indicates a large and clinically meaningful effect of the meaning-centered intervention on promoting positive health practices.

Conclusion

The findings of this randomized controlled trial provide strong evidence that a structured meaning-centered counseling program can significantly enhance the health practices of women experiencing unplanned pregnancies. By addressing the profound psychological and existential challenges associated with an unintended pregnancy, this intervention

appears to empower women to more actively engage in behaviors that protect their health and that of their fetus. The significant improvement in the health practice underscores the potential of integrating psychosocial and meaning-centered therapies into standard prenatal care for this vulnerable population. While these results are promising, limitations such as the small sample size and short-term follow-up suggest the need for further large-scale multi-center trials to confirm the long-term efficacy and generalizability of this approach before widespread clinical implementation. Moreover, policymakers in the health sector should pay more attention to the emotions and concerns of mothers during pregnancy, especially for women with unintended pregnancies, and provide counseling sessions tailored to their needs. Encouraging these women to participate in prenatal and childbirth care is also essential. Additionally, programs should be developed to raise awareness among healthcare providers about the crucial role of counseling in preventing adverse outcomes, particularly for this group of women.

تأثیر معنادرمانی بر عملکرد سلامت در زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌شده: کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده

فرشته بقایی^۱، پریسا یاوری کیا^{۲*}، عصمت مهربانی^۳، رقیه نوری زاده^۴، علیرضا مرتضوی^۵

۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳ واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴ مرکز تحقیقات سلامت باروری زنان، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵ کلینیک روان‌شناسی دامن تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه. عملکرد سلامت برای یک بارداری موفق ضروری است؛ با این حال، زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده اغلب با موانع روان‌شناختی مواجه‌اند که می‌تواند موجب اختلال در عملکردهای سلامت و افزایش احتمال پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی شود. از این رو، در راستای شناسایی تأثیر مداخلات مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره معنادرمانی بر عملکرد سلامت زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده طراحی و اجرا شد.

روش کار. یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده با مشارکت ۵۲ زن دارای بارداری برنامه‌ریزی‌نشده در تبریز، ایران، بهمن ۱۴۰۲ تا شهریور ۱۴۰۳ انجام شد. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، شرکت‌کنندگان با سن بارداری ۱۶ تا ۲۴ هفته به‌طور تصادفی در دو گروه (نسبت ۱:۱) با استفاده از نرم‌افزار RAS و بلوک‌های ۴ و ۶ تقسیم شدند. گروه کنترل مراقبت‌های استاندارد دوران بارداری را دریافت کرد، در حالی که گروه مداخله در پنج جلسه هفتگی معنادرمانی گروهی (هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) شرکت نمود. عملکرد سلامت پیش از مداخله و چهار هفته پس از آن با استفاده از پرسشنامه معتبر ارزیابی شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها. یافته‌ها نشان داد که از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. همچنین تحلیل آماری با استفاده از ANCOVA نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمره عملکرد سلامت در گروه دریافت‌کننده مشاوره به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (تفاوت میانگین تعدیل شده: ۳۳/۳۵ با فاصله اطمینان ۷۹٪: ۳۶/۹۵ تا ۲۹/۷۶؛ $P=۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری. معنادرمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای ارتقای عملکرد سلامت در زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده باشد. این رویکرد مشاوره‌ای با کمک به زنان در یافتن معنا و هدف در شرایط خود می‌تواند آنان را توانمند سازد تا فعالانه در مراقبت‌های دوران بارداری مشارکت کرده و در راستای سلامتی خود و جنین، عملکرد مطلوب‌تری داشته باشند.

پیامدهای عملی. شناسایی رویکردهای مشاوره‌ای مؤثر و مناسب برای ارتقای سلامت روان و عملکردهای سلامت در زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده می‌تواند راهکاری مؤثر برای بهبود پیامدهای بارداری و زایمان باشد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۱/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۳۱
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۳/۲۵

کلیدواژه‌ها:

- مراقبت‌های دوران بارداری
- بارداری برنامه‌ریزی‌نشده
- عملکرد سلامت
- معنادرمانی

مقدمه

برای سلامت مادر و جنین، نیازمند توجه ویژه و مداخلات هدفمند در طول دوران بارداری هستند.^{۳-۵} زنانی که بارداری برنامه‌ریزی‌نشده را تجربه می‌کنند، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی،^{۴،۳} اضطراب مرتبط با بارداری^{۵،۲} و شکل‌گیری ارتباط ضعیف‌تر مادر-جنین^۱ قرار دارند. این عوامل روان‌شناختی نه تنها

بارداری‌های برنامه‌ریزی‌نشده به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی در سراسر جهان شناخته می‌شوند^۱ و در ایران نیز تقریباً یک‌سوم از کل بارداری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند.^۲ از دیدگاه بالینی، این بارداری‌ها به دلیل همراهی با خطرات قابل توجه

* نویسنده مسؤول: ایمیل: p_k_hn@yahoo.com

ضرورت انجام پژوهشی که به این شکاف دانش پاسخ دهد، کاملاً آشکار است. زنان این گروه به دلیل فشارهای روان‌شناختی و اجتماعی، اغلب انگیزه و توانایی کافی برای پیروی از توصیه‌های مراقبتی را ندارند و این امر، طراحی مداخلات مشاوره‌ای هدفمند و مبتنی بر شواهد را به یک اولویت بالینی و بهداشتی تبدیل می‌کند. پر کردن این شکاف پژوهشی می‌تواند به توسعه راهکارهای نوینی برای توانمندسازی این زنان، بهبود انگیزه آن‌ها برای مراقبت‌های دوران بارداری و در نهایت، کاهش پیامدهای نامطلوب سلامت منجر شود. از این رو، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر معنادرمانی بر عملکرد سلامت زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده طراحی شده است.

روش کار

این کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده از بهمن ۱۴۰۲ تا شهریور ۱۴۰۳ بر روی ۵۲ زن باردار با سن بارداری بین ۱۶ تا ۲۴ هفته که دارای بارداری برنامه‌ریزی نشده بودند، در مراکز بهداشتی شهر تبریز انجام شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل ناهنجاری‌های جنینی، بارداری پرخطر (مانند ابتلا به دیابت، پره‌اکلامپسی یا سایر بیماری‌های مزمن مؤثر بر پیامدهای بارداری)، سابقه اختلالات سلامت روان یا مواجهه اخیر با استرس‌های حاد مانند فوت یکی از اقوام درجه یک نیز بودند.

پژوهشگر پس از استعلام تعداد بارداری‌های برنامه‌ریزی‌نشده (در بازه ۱۶ تا ۲۴ هفته) در هر مرکز سلامت، بر اساس اطلاعات موجود در مرکز بهداشت شهرستان، مراکزی را از مناطق مختلف شهری که دارای بیشترین تعداد مادران با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده بودند، به صورت تصادفی انتخاب کرد و فهرست تمامی زنان باردار ۱۶ تا ۲۴ هفته را به همراه شماره تلفن و آدرس آنان استخراج نمود. پس از برقراری تماس تلفنی با مشارکت‌کنندگان، توضیح مختصری از اهداف و روش اجرای پژوهش به آنان ارائه شد. از زنانی که بارداری خود را برنامه‌ریزی‌نشده گزارش کردند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، درخواست شد تا در زمان معین در مرکز سلامت حضور داشته باشند. در جلسه توجیهی، معیارهای ورود به مطالعه تا حدودی بررسی شد و برای افراد حایز شرایط روش مطالعه توضیح و پرسشنامه اضطراب (DASS₂₁, Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Item) توسط آنان تکمیل شد. زنانی که نمره اضطراب آنها بین ۱۹-۸ (اضطراب خفیف، متوسط، شدید) بود، اطلاعات تکمیلی در خصوص اهداف مطالعه و مراحل اجرای تحقیق را دریافت و پس از تکمیل فرم رضایت کتبی و آگاهانه، سایر پرسشنامه‌های تحقیق شامل اطلاعات فردی-اجتماعی و

بر سلامت روان مادر تأثیر می‌گذارند، بلکه مستقیماً با پیامدهای نامطلوب بالینی مانند زایمان زودرس، وزن پایین نوزاد هنگام تولد و افزایش نرخ سزارین در ارتباط هستند.^{۷،۸} یکی از پیامدهای کلیدی این چالش‌های روان‌شناختی، تأثیر منفی بر عملکردهای سلامت مادر است. عملکردهای سلامت، که شامل مجموعه‌ای از رفتارهای پیشگیرانه و درمانی است، نقشی محوری در حفظ سلامت مادر و بهینه‌سازی رشد جنین ایفا می‌کنند.^{۹،۸} شواهد نشان می‌دهد که زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده، سبک زندگی و عملکرد سلامت نامناسب‌تری را در دوران بارداری اتخاذ می‌کنند.^{۱۰} این رفتارهای نامناسب می‌تواند شامل تغذیه و استراحت ناکافی، عدم مصرف مکمل‌های ضروری مانند فولیک اسید و حتی مصرف مواد مضر باشد که همگی با پیامدهای نامطلوب برای مادر و کودک مرتبط هستند.^{۱۱} علاوه بر این، این گروه اغلب تعامل کمتری با خدمات مراقبت‌های پیش از زایمان دارند و ویژگی‌های خود را به تعویق می‌اندازند و این امر مدیریت عوارض بالینی جدی مانند پره‌اکلامپسی را دشوارتر می‌سازد.^{۱۲} اهمیت نگرش زن به نقش مادری و مهارت‌های مقابله‌ای او در شکل‌دهی به عملکرد سلامت،^{۱۳} ضرورت طراحی مداخلاتی که هم جنبه‌های روان‌شناختی و هم رفتاری را هدف قرار دهند، آشکار می‌سازد. در این میان، معنادرمانی، یک رویکرد درمانی مبتنی بر یافتن معنا و هدف در زندگی است که توسط ویکتور فرانکل توسعه یافته و چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای برای کاربرد بالینی دارد.^{۱۴،۱۳} این روش با کمک به افراد برای یافتن معنا در شرایط دشوار، توانایی مقابله با استرس را افزایش می‌دهد و اثربخشی آن در کاهش اضطراب در جمعیت‌های بالینی دیگر مانند زنان مبتلا به سرطان پستان و بهبود کیفیت زندگی در زنان یائسه، به اثبات رسیده است.^{۱۵-۱۸}

با وجود اثربخشی ثابت شده معنادرمانی در سایر جمعیت‌های بالینی، شکاف پژوهشی مهمی در زمینه کاربرد آن برای زنان با بارداری برنامه‌ریزی‌نشده وجود دارد. به‌ویژه، شواهد علمی محدودی در دسترس است که نشان دهد این رویکرد درمانی چگونه می‌تواند از طریق تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و بازتعریف معنا در شرایط چالش‌برانگیز بارداری برنامه‌ریزی‌نشده، مستقیماً بر رفتارها و عملکرد سلامت این گروه از زنان تأثیر بگذارد. در حالی که مطالعات قبلی بیشتر بر کاهش علائم روان‌شناختی مانند اضطراب تمرکز کرده‌اند، ارزیابی تأثیر این مداخله بر شاخص‌های رفتاری مرتبط با سلامت که مستقیماً با پیامدهای مادری و جنینی در ارتباط هستند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

با توجه به شیوع بالای بارداری‌های برنامه‌ریزی‌نشده در ایران و پیامدهای نامطلوب متعدد آن برای سلامت مادر و کودک،

تخصیص داده شدند. این تخصیص با استفاده از نرم‌افزار RAS و با بلوک‌های ۴ و ۶ تایی به نسبت ۱:۱ انجام شد. جزئیات تخصیص روی کاغذ نوشته شده، در پاکت‌های مهر و موم و شماره‌گذاری شده به صورت متوالی (پنهان‌سازی تخصیص) قرار داده شد و به ترتیب ورود شرکت‌کنندگان باز می‌شد. تصادفی‌سازی توسط فردی که در نمونه‌گیری یا جمع‌آوری داده‌ها نقشی نداشت، انجام شد تا تخصیص بدون سوگیری باشد. مداخله اصلی برای گروه مورد مطالعه شامل برگزاری پنج جلسه حضوری معنادرمانی بود که بر اساس اصول ویکتور فرانکل طراحی شده بود. این برنامه گروهی پنج جلسه‌ای، مبتنی بر چارچوب معنادرمانی، شرکت‌کنندگان را در یک سفر ساختاریافته برای کشف و تحقق معنا هدایت می‌کند. فرآیند با معرفی اهداف و کشف اولیه ارزش‌های شخصی آغاز شده و در جلسات بعدی بر شفاف‌سازی، اولویت‌بندی و ایجاد سلسله مراتب برای این ارزش‌ها تمرکز می‌کند. سپس، این ارزش‌ها به اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت ملموس ترجمه شده و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بارش افکار، راهکارهای عملی برای زیستن بر اساس آن‌ها طراحی می‌شود. جلسه پایانی به مرور پیشرفت، شناسایی نقاط قوت و ضعف، و تنظیم یک قرارداد شخصی برای اقدام فوری اختصاص یافته تا به شرکت‌کنندگان در ادامه مسیر زندگی مبتنی بر ارزش قدرت دهد. این جلسات به صورت هفتگی و در گروه‌های ۳ تا ۵ نفره برگزار می‌شد و هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشید. با هدف افزایش دسترسی، جلسات در اتاق آموزش بهداشت نزدیک‌ترین مرکز به محل سکونت شرکت‌کنندگان برگزار گردید. رهبری این جلسات بر عهده نویسنده اول، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی (دارای گواهینامه معنادرمانی) تحت راهنمایی روانشناس (همکار تیم) بود. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و فقط به روال مراقبت‌های استاندارد قبل از زایمان خود ادامه داد (شکل جدول در فایل supp ارائه شده است).

پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، شغل زن و همسر، سطح درآمد خانواده و پرسشنامه عملکرد سلامت می‌باشد. این پرسشنامه توسط لیندگرن (Lindgren) در سال ۲۰۰۳ توسعه یافت. این ابزار شامل ۳۴ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌دهی می‌شود. پرسشنامه شش حوزه کلیدی سلامت در دوران بارداری شامل تعادل میان استراحت و فعالیت، مدیریت بیماری‌ها، مراقبت تغذیه‌ای، پرهیز از مواد مضر، نظارت بر سلامت و کسب دانش بارداری را می‌سنجد. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۳۴ (حداقل) تا ۱۷۰ (حداکثر) است، به طوری که نمرات بالاتر بیانگر

عملکرد سلامت را تکمیل نمودند. سپس مشارکت‌کنندگان از طریق بلوک‌بندی تصادفی طبقه‌بندی شده بر اساس نوع بارداری برنامه‌ریزی نشده (ناخواسته یا نابهنگام) با استفاده از نرم‌افزار RAS با بلوک‌های ۴ و ۶ تایی با نسبت ۱:۱ به دو گروه دریافت‌کننده مشاوره و کنترل تخصیص داده شدند. نوع تخصیص بر روی کاغذ نوشته شده و در پاکت‌های مات پشت سر هم شماره‌گذاری شده، قرار گرفت (Allocation Concealment)، تخصیص تصادفی توسط فرد غیردرگیر در نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت. پاکت‌ها به ترتیب ورود افراد به پژوهش توسط فرد غیردرگیر در نمونه‌گیری (کارشناس مرکز بهداشت) باز شدند و نوع گروه افراد مشخص شد. با توجه به ماهیت مداخله (مشاوره) مطالعه یک سو کور بود و فرد ارزیابی‌کننده داده‌ها از نوع گروه‌های مداخله و کنترل اطلاعی نداشت.

محاسبه حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G Power و بر اساس پارامترهای مطالعات پیشین انجام شد. با توجه به میانگین نمره عملکرد سلامت با استناد به پژوهش سزر و همکاران^{۱۹} و با فرض α در حد ۰/۰۵ و توان آماری ۹۵ درصد، حجم نمونه ۲۳ نفر به دست آمد. با افزودن ۱۰ درصد به حجم نمونه جهت جبران احتمال ریزش، تعداد نهایی شرکت‌کنندگان در هر گروه ۲۶ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری پس از اخذ موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1402.590) و ثبت مطالعه در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT:IRCT20231107059988N1) انجام شد. مجوز نمونه‌گیری از مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی نیز اخذ گردید. مراکز بهداشت بر اساس تنوع سطح اجتماعی-اقتصادی انتخاب شدند. فهرستی از زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده در هفته‌های ۱۶ تا ۲۴ بارداری به همراه شماره تلفن و آدرس آن‌ها از سامانه سیب استخراج شد. با آن‌ها تماس گرفته شد و اهداف و روش مطالعه به طور خلاصه تشریح گردید. از علاقه‌مندان به شرکت در مطالعه دعوت شد تا در زمان مقرر به یکی از مراکز بهداشت مراجعه کنند. در جلسه اول، اهداف تحقیق به طور کامل توضیح داده شد و معیارهای واجد شرایط بودن ارزیابی گردید.

زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، اطلاعات دقیق‌تری در مورد مطالعه دریافت کردند، فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را تکمیل نمودند و به تکمیل پرسشنامه دیگر در زمینه اطلاعات جمعیت‌شناختی، اجتماعی و عملکرد سلامت پرداختند. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از روش تصادفی‌سازی طبقه‌بندی شده بر اساس نوع بارداری برنامه‌ریزی نشده (ناخواسته یا نابهنگام) به طور تصادفی به یکی از دو گروه مشاوره یا کنترل

ابراز تمایل به شرکت، در مطالعه پذیرفته شدند. آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه تخصیص داده شدند: گروه مداخله (۲۶ شرکت‌کننده) و گروه کنترل (۲۶ شرکت‌کننده). در طول مطالعه، تعداد شرکت‌کنندگان ثابت ماند و داده‌های تمامی شرکت‌کنندگان پس از ۴ هفته پیگیری پس از مداخله، به صورت آماری تحلیل شد (شکل ۱).

یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی و اجتماعی وجود ندارد ($P > 0.05$). میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳۱/۹۲ (۷/۶۲) و ۳۰/۰۰ (۶/۳۷) سال بود. اکثر زنان در هر دو گروه تحصیلات کمتر از لیسانس داشتند و ۵۳/۸ درصد از خانواده‌ها در گروه مداخله و ۴۲/۳ درصد در گروه کنترل، درآمد کافی را گزارش کردند (جدول ۱).

نتایج نشان داد که پیش از مداخله، تفاوت معناداری میان دو گروه در هیچ‌یک از حیطه‌های عملکرد سلامت و نمره کل آن وجود نداشت ($P > 0.05$). با این حال، نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) پس از کنترل اثر نمرات پایه، تأثیر معناداری در اثر مداخله معنادرمانی بر بهبود تمام حیطه‌های عملکرد سلامت و میانگین نمره کل آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد (جدول ۲).

عملکرد بهتر در زمینه بهداشت می‌باشد.^{۲۳} پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران با کسب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و همبستگی درونی ۰/۹۷ تأیید شده است.^{۲۴} این پرسشنامه قبل و ۴ هفته پس از اتمام مداخله و توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. ابتدا، برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. ویژگی‌های جمعیت-شناختی دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل (برای متغیرهای کمی) و آزمون کای-اسکوئر (برای متغیرهای کیفی) مقایسه شدند. پیش از انجام مداخله، میانگین نمرات عملکرد سلامت نیز با آزمون تی مستقل مورد سنجش قرار گرفت. برای ارزیابی اثربخشی مداخله، چهار هفته پس از آن نیز از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) با کنترل نمرات پایه (به‌عنوان متغیر مخدوشگر) استفاده شد. در تمام تحلیل‌ها، سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ معیار قرار گرفت.

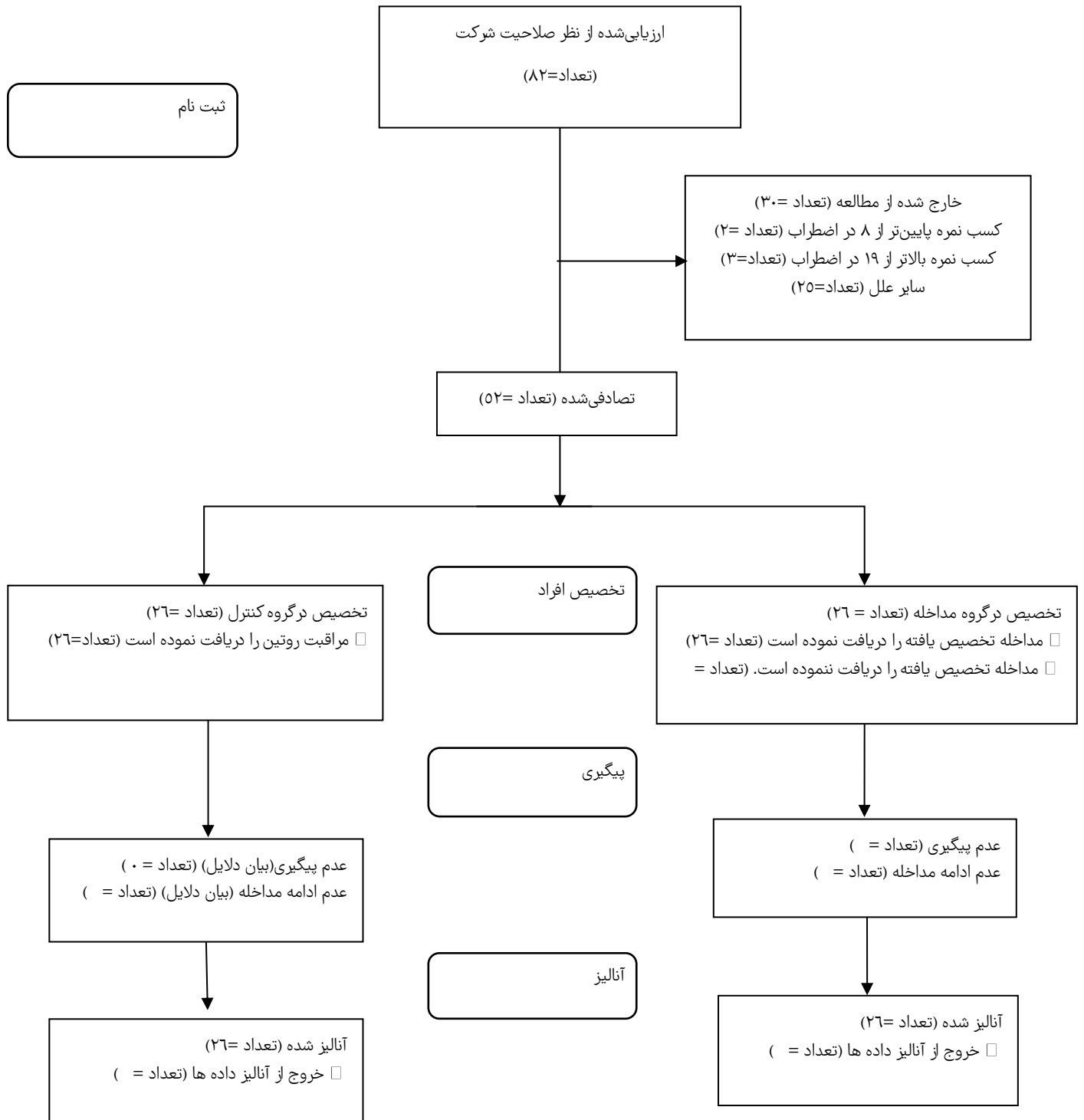
یافته‌ها

از میان ۸۲ زن با بارداری برنامه‌ریزی نشده که به مراکز بهداشتی منتخب تبریز مراجعه کردند، ۵۲ نفر پس از احراز معیارهای ورود و

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرها	گروه مداخله (n=۲۶) تعداد(درصد)	گروه کنترل (n=۲۶) تعداد(درصد)	P
سن(سال)*	۳۱/۹۲ (۷/۶۲)	۳۰/۰۰ (۶/۳۷)	**۰/۳۲
سن همسر*	۳۶/۰۳ (۷/۵۶)	۳۳/۰۷ (۵/۲۳)	**۰/۱۰
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۲ (۴۶/۲)	۱۵ (۵۷/۷)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۱ (۴۲/۳)	۷ (۲۶/۹)
	لیسانس و بالاتر	۳ (۱۱/۵)	۴ (۱۵/۴)
تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم	۱۴ (۵۳/۸)	۱۰ (۳۸/۵)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۰ (۳۸/۵)	۱۱ (۴۲/۳)
	لیسانس و بالاتر	۲ (۷/۷)	۵ (۱۹/۲)
شغل	خانه دار	۲۲ (۸۴/۶)	۲۳ (۸۸/۵)
	شاغل	۴ (۱۵/۴)	۳ (۱۱/۵)
شغل همسر	شغل آزاد	۲۲ (۸۴/۶)	۲۴ (۹۲/۳)
	کارمند	۴ (۱۵/۴)	۲ (۷/۷)
	کافی است	۰ (۰۰/۰)	۱ (۳/۸)
درآمد	تأخودی کافی است	۱۴ (۵۳/۸)	۱۱ (۴۲/۳)
	کافی نیست	۱۲ (۴۶/۲)	۱۴ (۵۳/۸)

Mean (SD)*, independent t test**, Chi-Square[‡]



شکل ۱. کانسرت مطالعه

جدول ۲. مقایسه میانگین (انحراف معیار) عملکردهای سلامت در دو گروه مداخله و کنترل قبل و ۴ هفته بعد از مداخله

P	اختلاف میانگین # (فاصله اطمینان ۹۵٪)	کنترل میانگین (انحراف معیار)	مداخله میانگین (انحراف معیار)	متغیر
		حیطه تناسب بین استراحت و فعالیت (دامنه نمره ۲۵-۵)		
*.۰/۵۷	۰/۴۲ (۰/۰۹ تا ۱/۰۹)	۱۱/۶۱ (۲/۶۵)	۱۲/۰۳ (۲/۷۹)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۳۷ (۵/۹۰ تا ۸/۸۴)	۱۰/۴۶ (۲/۵۸)	۱۸/۰۰ (۳/۰۰)	بعد از مداخله
		حیطه مراقبت از بیماری‌ها و آسیب‌ها (دامنه نمره ۳۰-۶)		
*.۰/۳۰	۰/۸۰ (۰/۷۶ تا ۲/۳۸)	۱۷/۶۵ (۲/۶۸)	۱۸/۴۶ (۲/۹۵)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۲۲ (۷/۹۷ تا ۱۰/۴۶)	۱۶/۳۸ (۲/۶۲)	۲۵/۹۲ (۲/۶۱)	بعد از مداخله
		حیطه مراقبت از تغذیه و رژیم غذایی (دامنه نمره ۳۰-۶)		
*.۰/۴۸	۰/۴۶ (۰/۸۶ تا ۱/۷۹)	۱۵/۶۹ (۲/۱۶)	۱۶/۱۵ (۲/۵۸)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۰۵ (۶/۵۷ تا ۹/۵۲)	۱۷/۴۲ (۲/۷۵)	۲۵/۵۷ (۲/۵۶)	بعد از مداخله
		حیطه پرهیز از داروهای آسیب‌زا و مواد مخدر (دامنه نمره ۳۵-۷)		
*.۰/۵۴	۰/۲۶ (۰/۶۲ تا ۱/۱۵)	۳۳/۰۴ (۱/۷۶)	۳۳/۳۰ (۱/۳۷)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۳	۰/۸۹ (۰/۳۱ تا ۱/۴۷)	۳۳/۱۲ (۱/۵۳)	۳۴/۱۱ (۰/۷۱)	بعد از مداخله
		حیطه پیگیری بهداشت (دامنه نمره ۶-۳۰)		
*.۰/۸۸	۰/۱۱ (۰/۱۵ تا ۰/۷۳)	۱۶/۵۰ (۲/۶۵)	۱۶/۶۱ (۳/۱۲)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۷۱ (۴/۳۱ تا ۷/۱۱)	۱۸/۳۰ (۲/۱۱)	۲۴/۰۳ (۲/۹۰)	بعد از مداخله
		حیطه کسب آگاهی درباره بارداری و زایمان (دامنه نمره ۲۰-۴)		
*.۰/۱۸	۰/۸۴ (۰/۴ تا ۱/۰۵)	۱۱/۵۰ (۱/۵۵)	۱۲/۳۴ (۲/۷۹)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۱/۹۲ تا ۳/۹۷)	۱۱/۳۸ (۲/۱۱)	۱۴/۸۴ (۲/۳۹)	بعد از مداخله
		نمره کلی عملکردهای سلامت (دامنه نمره ۳۴-۱۷۰)		
*.۰/۲۳	۰/۹۶ (۰/۱۲ تا ۷/۹۴)	۱۰۵/۹۶ (۶/۹۳)	۱۰۸/۹۲ (۱۰/۳۴)	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱	۰/۳۵ (۲۹/۷۶ تا ۳۶/۹۵)	۱۰۷/۲۴ (۶/۰۴)	۱۴۲/۵۰ (۱۰/۱۹)	بعد از مداخله

آزمون * t-test، آزمون ** ANCOVA با کنترل اثر پایه، # تفاوت میانگین تعدیل شده با فاصله اطمینان ۹۵ درصد

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که معنادرمانی، عملکرد سلامت را در زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده بهبود می‌بخشد. بطوری‌که گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، افزایش آماری معناداری را در نمره کل عملکرد سلامت و همچنین در تمامی حیطه‌های فرعی آن، از جمله تناسب بین استراحت و فعالیت، مراقبت از بیماری‌ها و آسیب‌ها، تغذیه، پرهیز از مواد مضر، پیگیری بهداشت و کسب آگاهی نشان دادند. عدم کفایت دریافت خدمات پیش از تولد در میان زنان با بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده، یک مانع جدی بر سر راه بهبود شاخص‌های سلامت مادر و نوزاد به شمار می‌رود. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که این زنان به احتمال بیشتری مراقبت‌های دوران بارداری را دیرتر آغاز کرده و در مجموع تعداد کمتری ویزیت را تکمیل می‌کنند.

این امر می‌تواند به دلیل تشخیص دیرهنگام بارداری، سردرگمی عاطفی یا عدم آمادگی ذهنی باشد و منجر به تشخیص دیرهنگام عوارض و نتایج نامطلوب برای مادر و نوزاد گردد. در نتیجه، بر شناسایی و اجرای مداخلات مؤثر بر عملکرد سلامت در

این جمعیت خاص تأکید ویژه‌ای شده است. هدف از این مشاوره‌های انگیزشی و آموزش هدفمند، افزایش انگیزه برای مراجعه به موقع و منظم برای دریافت مراقبت‌های پیش از تولد و در نهایت بهبود نتایج بارداری است. ۳۳ معنادرمانی با رویکرد ویکتور فرانکل، مکانیسم اصلی خود را بر تغییر این تمرکز از «چرا؟» به «برای چه؟» استوار می‌سازد. این تغییر پارادایم، زن را از یک قربانی منفعل به یک کنشگر مسؤول تبدیل می‌کند که به دنبال یافتن هدف و معنایی بالقوه در شرایط جدید خود است.

این فرآیند، با انتقال تمرکز از گذشته به آینده و از رنج به مسئولیت، سنگ بنای بهبود عملکرد سلامت قرار می‌گیرد. مکانیسم اصلی این مداخله، بازتعریف شناختی و معنایی بارداری است. از طریق فرآیند معناآفرینی، بارداری از یک «بحران» به یک «فرصت یا چالش معنادار» تبدیل می‌شود. این تغییر چارچوب، زن را قادر می‌سازد تا ارزشی در خلق حیات جدید، کسب تجربه رشد از طریق سختی، یا اتخاذ یک نگرش شجاعانه و مسؤولانه بیابد. در پی این بازتعریف، پیوند عاطفی مادر-جنین که پیش‌تر ضعیف یا تهدیدشده بود، تقویت می‌یابد؛ زیرا جنین دیگر نه

نیست.^{۲۳} این یافته‌ها بر این نکته تأکید دارند که برای طراحی مداخلات مؤثر، باید فراتر از مشاوره صرف رفته و به ابعاد چندوجهی مشکل، از جمله نیازهای حمایتی و اقتصادی زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده پرداخت. با این حال، باید توجه داشت که ماهیت بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده به‌طور قابل توجهی بر رفتارهای خودمراقبتی مادر تأثیر می‌گذارد و ممکن است منجر به افزایش پیامدهای نامطلوب بارداری برای مادر و نوزاد شود. از این رو، زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده در مقایسه با زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده، به مداخلات روان‌شناختی، آموزشی و حمایتی بیشتری نیاز دارند.^{۲۴} یافته‌های این مطالعه اهمیت معنادرمانی را به‌عنوان یک رویکرد مؤثر برای پر کردن این شکاف و بهبود عملکرد سلامت در این جمعیت آسیب‌پذیر تأیید می‌کند.

یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های پیش روی زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده، مواجهه با خلا قابل توجه در حمایت اجتماعی است. این کمبود حمایت که اغلب از منابع اصلی مانند شریک عاطفی، خانواده و دوستان سرچشمه می‌گیرد، ریشه در انگاره‌های اجتماعی منفی، ترس از قضاوت و شرمگین‌سازی دارد.^{۲۵} چنین انزوایی می‌تواند به تشدید استرس، اضطراب و افسردگی منجر شده و فرآیند تصمیم‌گیری را برای این زنان دشوارتر سازد. از منظر بهداشتی، این فقر حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم با تأخیر در شروع مراقبت‌های پیش از تولد، کاهش انطباق با توصیه‌های درمانی و افزایش احتمال روی آوردن به رفتارهای پرخطر مرتبط است.^{۳۱} در نتیجه، این خلا حمایت اجتماعی نه تنها یک بحران روانی-اجتماعی است، بلکه به‌عنوان یک عامل خطر مستقل برای سلامت مادر و جنین عمل کرده و لزوم طراحی مداخلات هدفمند برای ایجاد شبکه‌های حمایتی مؤثر را دوچندان می‌کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، نتایج این مطالعه نشان داد که می‌توان از رویکردهای مشاوره‌ای مانند معنادرمانی برای بهبود رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب مرتبط با بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده بهره برد. این رویکرد می‌تواند به زنان باردار کمک کند تا احساسات خود را مدیریت کرده، نیازهای خود را برآورده سازند و اضطراب خود را در دوران بارداری کاهش دهند. برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران ضروری است که از رویکردهای صرفاً آموزشی و مشاوره‌ای یکسان برای زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده فراتر روند.

با درک اینکه موانع اصلی پیش روی این زنان، ساختاری و اجتماعی هستند، باید به سمت طراحی و اجرای مداخلات

به‌عنوان یک «مشکل» بلکه به‌عنوان «هدف» اصلی این معنای جدید درک می‌شود. در نتیجه این تغییرات روان‌شناختی، عملکرد سلامت زن از چندین بعد ارتقا می‌یابد. کاهش سطح استرس و اضطراب از طریق هدف‌مندی، بهبود سلامت روان را به همراه دارد. از سوی دیگر، حس مسئولیت و عشق به فرزند، انگیزه لازم برای پیروی از رژیم‌های درمانی و مراقبت‌های بارداری را افزایش داده و سلامت جسمی مادر و جنین را تضمین می‌کند. بنابراین، معنادرمانی با دگرگون کردن رابطه زن با بحران، آن را از یک تهدید صرف به یک فرصت برای رشد و تعالی وجودی تبدیل کرده و سبب بهبود عملکرد سلامت و نتایج مثبت برای مادر و جنین می‌شود.

مرور متون نشان داد که مطالعه‌ای مستقیماً تأثیر معنادرمانی را بر عملکردهای سلامت در دوران بارداری بررسی نکرده است. بنابراین، یافته‌های ما با مطالعاتی که از رویکردهای مداخله‌ای دیگر برای بهبود عملکرد سلامت بارداری استفاده کرده‌اند، مقایسه شد. نتایج این مطالعه با پژوهش رضایی و همکاران^{۳۱} که تأثیر مشاوره خودمراقبتی را بر عملکردهای سلامت در نوجوانان باردار بررسی کردند، هم‌خوانی دارد. در پژوهش مذکور نیز پس از مداخله، میانگین نمرات عملکرد سلامت در گروه مداخله به‌طور قابل توجهی بالاتر از گروه کنترل بود.

به‌طور مشابه، سزر و همکاران^{۱۹} در یک کارآزمایی بالینی دیگر، بهبود عملکرد سلامتی را پس از مشاوره فردی گزارش کردند. علاوه بر این، پریسیس و همکاران^{۲۶} نیز در مطالعه‌ای که ارزیابی تأثیر آموزش سلامت مبتنی بر موبایل بر خودمراقبتی در بارداری را هدف قرار داده بود، بهبود معناداری در دانش، نگرش و رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار گزارش کردند. این یافته‌ها، با نتایج مطالعه حاضر همسو هستند و تأثیر مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای را در ارتقای عملکردهای سلامت در میان زنان باردار برجسته می‌سازند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای در مواردی در بهبود عملکرد سلامت زنان باردار ناموفق هستند.^{۲۷،۲۸}

زیرا این مداخلات پیچیدگی‌های روانی-اجتماعی این گروه را نادیده می‌گیرند. شکست اصلی این رویکردها در این است که فرض می‌کنند تمامی زنان برای داشتن یک بارداری سالم انگیزه یکسانی دارند، در حالی که بسیاری از آن‌ها با احساسات متناقض و مبهم دست‌وپنجه نرم می‌کنند. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بزرگ‌ترین موانع، کمبود اطلاعات نیست، بلکه موانع ساختاری شدید مانند فقر، عدم ثبات مسکن و فقدان حمایت اجتماعی است که هیچ مشاوره‌ای به تنهایی قادر به غلبه بر آن‌ها

مشارکت پدیدآوران

فرشته بقایی و پریسا یوری کیا: ایده پردازی، رایحه طرح کلی، جمع آوری داده‌ها، برگزاری جلسات مشاوره و تهیه پیش‌نویس مقاله و عصمت مهربانی، رقیه نوری زاده و علیرضا مرتضوی: ایده پردازی، رایحه طرح کلی، تفسیر و بازبینی، نقد و ویرایش این مقاله را بر عهده داشتند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی را برای انتشار مطالعه و تأیید کردند.

منابع مالی

این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین مالی شد. سازمان تأمین‌کننده مالی هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع آوری داده‌ها، تحلیل، تفسیر یا نگارش مقاله نداشت.

دسترسی پذیری داده‌ها

مجموعه داده‌های استفاده‌شده و تحلیل‌شده در این مطالعه، از طریق نویسنده مسؤول پس از درخواست معقول قابل دسترسی است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق (IR.TBZMED.REC.1402.590) تأیید شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمام شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

چندوجهی (multi-component) حرکت کنند که مراقبت‌های پیش از تولد را با خدمات حمایتی اجتماعی، مشاوره مالی، سلامت روان و ارجاع به منابع جامعه ادغام می‌کند. این مداخلات باید به شیوه‌ای حساس به تروما، بدون قضاوت و با حذف موانع دسترسی مانند هزینه حمل‌ونقل یا عدم وجود مراقبت از کودک رایحه شوند. هدف نهایی، توانمندسازی زنان برای اتخاذ آگاهانه تصمیمات سلامت خود و فرزندشان است، که این امر نه تنها به بهبود نتایج بالینی منجر می‌شود، بلکه گامی اساسی در جهت تحقق عدالت در سلامت به شمار می‌رود.

واژگان اختصاری

AMD (Adjusted Mean Difference) تفاوت میانگین تعدیل‌شده:

MD: تفاوت میانگین (Mean Difference)

نقاط قوت و محدودیت‌ها

یکی از نقاط قوت این مطالعه، رعایت تمام اصول کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی، از جمله تخصیص تصادفی و پنهان‌سازی تخصیص بود. همچنین، رایحه تمرینات عملی در هر جلسه برای درک بهتر موضوعات مطرح شده، یکی دیگر از نقاط قوت مطالعه است. در این پژوهش از پرسشنامه استاندارد و معتبر استفاده شد که خواص روان‌سنجی آن‌ها قبلاً در ایران ارزیابی شده است. با این حال، در این مطالعه به دلیل ماهیت مداخله، کور کردن شرکت‌کنندگان و به فرد رایحه‌دهنده مداخله (مشاوره) غیرممکن بود.

قدردانی

نویسندگان از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان الزهرا دانشگاه علوم پزشکی تبریز، از تمامی مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی تبریز، از کارکنان مراکز بهداشتی مورد مطالعه و از تمامی زنانی که با صبر و شکیبایی در جلسات مشاوره شرکت کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

References

1. Zendehe M, Jahanfar S. The frequency of unintended pregnancy-associated factors among Iranian women in the poor part of the capital, Tehran. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2024;13(1):135-42. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1211_23.
2. Sedgh G, Bearak JM. Unintended pregnancy and gender inequality worldwide: an ecological analysis. *BMJ Global Health*. 2025;10(3):e016573. doi: 10.1136/bmjgh-2024-016573.
3. Davis EP, Narayan AJ. Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and psychopathology*. 2020;32(5):1625-39. doi: 10.1017/s0954579420001121.
4. Nikkhesal N, Nourizadeh R, Dastgiri S, Mehrabi E. The factors affecting women's decision about unplanned pregnancy: A hierarchical modeling strategy. 2018;6(4):483-90. doi: 10.15296/ijwhr.2018.80.

5. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Rohana N. Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: A qualitative study. *Midwifery*. 2018;62:81-5. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.023.
6. Nelson HD, Darney BG, Ahrens K, Burgess A, Jungbauer RM, Cantor A, et al. Associations of unintended pregnancy with maternal and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2022;328(17):1714-29. doi: 10.1097/01.aoa.0000946340.88989.cf.
7. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;138:110259. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110259.
8. Sari O, Dağcıoğlu BF, Akpak YK, Yerebatmaz N, İleri A. Planned and unplanned pregnancy and its association with coping styles and life quality. *Health Care for Women International*. 2023;44(10-11):1314-24. doi: 10.1080/07399332.2021.1932895.
9. Hernández-Martínez C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women & health*. 2011;51(2):124-35. doi: 10.1080/03630242.2010.550991.
10. Basharpour S, Heydarirad H, Atadokht A, Daryadel SJ, Nasiri-Razi R. The role of health beliefs and health promoting lifestyle in predicting pregnancy anxiety among pregnant women. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;3(3):171-80.
11. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*. 2016;31(12):2821-33. doi: 10.1093/humrep/dew266.
12. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health psychology review*. 2014;8(1):70-94. doi: 10.1080/17437199.2012.752659.
13. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care*. 2018;16(5):608-32. doi: 10.1017/s1478951517000931.
14. Wong PT. Viktor Frankl's meaning-seeking model and positive psychology. In *Meaning in positive and existential psychology* 2014 Apr 27 (pp. 149-184). New York, NY: Springer New York. doi: 10.1007/978-1-4939-0308-5_10.
15. Rezaei Z, Hasanzadeh R, Norouzi A. The Effectiveness of Logotherapy (LT) on Quality of Life and Hopefulness in Women with Breast Cancer. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802). 2025;12(3). doi: 10.61838/ijbmc.v12i3.879
16. Shaygan M, Hosseini FA, Shemiran M, Hedayati A. The effect of mobile-based logotherapy on depression, suicidal ideation, and hopelessness in patients with major depressive disorder: a mixed-methods study. *Scientific reports*. 2023;13(1):15828. doi: 10.1038/s41598-023-43051-8.
17. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Akbari ME, Moradi-Joo M. P120 Efficacy of group logo therapy on decreasing hopelessness of women with breast cancer. *The Breast*. 2015;24:S66. doi: 10.1016/s0960-9776(15)70162-1.
18. Son JA, Choe MH. The Effectiveness of Group Logotherapy on Middle-Aged Women With Depression. *Psychiatry Investigation*. 2026;23(3):418. doi: 10.30773/pi.2025.0372.
19. Sezer G, Sen S. The effect of individual counseling intervention on health practices in pregnancy: a randomized controlled trial. *Health Education Research*. 2020;35(5):450-9. doi: 10.1093/her/cyaa025.
20. Persis J, Kathirvel S, Chopra S, Singh A. Effectiveness of mHealth-based educational interventions to improve self-care during pregnancy: A pragmatic randomized controlled trial from northern India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2023;163(1):177-85. doi: 10.1002/ijgo.14792.
21. Rezaie R, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Nemati F, Mirghafourvand M. The effect of self-care counseling on health practices of adolescent pregnant women: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021;21(1):726. doi: 10.1186/s12884-021-04203-8.
22. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in family planning*. 2008;39(1):18-38. doi: 10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x
23. White K, Adams K, Hopkins K. Counseling and referrals for women with unplanned pregnancies at publicly funded family planning organizations in Texas. *Contraception*. 2019;99(1):48-51. doi: 10.1016/j.contraception.2018.09.006.
24. Paiandeh M, Nourizadeh R, Mehrabi E, Mirghafourvand M, Mohammadi E. Design and implementation of interventions to improve unplanned pregnancy experiences: a mixed-methods study

- protocol with an interventional design. *Reproductive Health*. 2024;21(1):153. doi: 10.1186/s12978-024-01889-9.
25. 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 and childbirth*. 2017;17(1):44. doi: 10.1186/s12884-017-1223-x.
26. Hui AL, Back L, Ludwig S, Gardiner P, Sevenhuysen G, Dean HJ, et al. Effects of lifestyle intervention on dietary intake, physical activity level, and gestational weight gain in pregnant women with different pre-pregnancy Body Mass Index in a randomized control trial. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):331. doi: 10.1186/1471-2393-14-331
27. Phelan S, Wing RR, Brannen A, McHugh A, Hagobian TA, Schaffner A, et al. Randomized controlled clinical trial of behavioral lifestyle intervention with partial meal replacement to reduce excessive gestational weight gain. *The American journal of clinical nutrition*. 2018;107(2):183-94. doi: 10.1093/ajcn/nqx043.