

بررسی تأثیر مشاوره حمایتی فردی بر حمایت اجتماعی درک شده در مادران با بارداری ازدست‌رفته: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

ماه منیر حقیقی^۱، خاطره اولاد بنی‌آدم^{۲*}، حمیده محدثی^۳، جواد رسولی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۲/۱۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۴/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: حاملگی درعین‌حال که تجربه‌ای شیرین در زندگی زنان است، با وقوع از دست دادن بارداری می‌تواند داستان غمناکی شود که حدود یک‌چهارم بارداری‌ها را در بر می‌گیرد. یکی از مواردی که می‌تواند تأثیر محافظتی برای این والدین به‌خصوص مادران داشته باشد وجود شبکه حمایتی قوی از جانب خانواده می‌باشد. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی فردی بر حمایت اجتماعی درک شده در مادران با بارداری ازدست‌رفته انجام شد. **روش کار:** این کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۷ روی ۱۰۰ مادر با بارداری ازدست‌رفته، با نمونه‌گیری در دسترس و تخصیص تصادفی به روش بلوکه بندی انجام شد. زنان گروه مداخله ۴ جلسه مشاوره و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده در ۲ مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون‌های آماری کای دو، تست دقیق فیشر، تی زوج و تی مستقل با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معنادار آماری در مشخصات جمعیت شناختی و مامایی واحدهای پژوهش به‌غیراز داشتن فرزند زنده ($P=0/039$) و شغل همسر ($P=0/016$) بین دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت. میانگین نمرات حمایت اجتماعی در گروه مداخله ($10/88 \pm 2/73$) و گروه کنترل ($10/28 \pm 2/89$) از نظر آماری در زمان شروع مداخله تفاوت معناداری نداشت ($P=0/28$). پس از مداخله، میانگین نمرات حمایت اجتماعی در گروه مداخله ($16/40 \pm 1/38$) و گروه کنترل ($10/56 \pm 2/82$) بود. این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر مشاوره حمایتی فردی در زنان با بارداری ازدست‌رفته موجب افزایش درک حمایت اجتماعی و تسهیل فرآیند سازگاری می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مشاوره حمایتی، حمایت اجتماعی، از دست دادن بارداری

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۳۱، شهریور ۱۳۹۹، ص ۵۱۸-۵۱۰

آدرس مکانی: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده مامایی و پرستاری، تلفن: ۰۴۴-۳۳۷۵۶۴۴۹

Email: oladbaniadam@gmail.com

مقدمه

حاملگی از نظر زمانی شامل دو گروه از دست دادن اولیه و مرگ پرناتال می‌باشد. منظور از دست دادن اولیه حاملگی پایان یافتن آن قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات است. مرگ پرناتال نیز به‌صورت از دست دادن حاملگی بعد از هفته ۲۰ بارداری تا ۲۸ روز پس از زایمان تعریف می‌شود (۶). زنانی که از دست دادن بارداری را تجربه می‌کنند جزء گروه‌های پرخطر پزشکی به شمار می‌روند (۷، ۸). به این دلیل از دست دادن بارداری

حاملگی درعین‌حال که تجربه‌ای شیرین در زندگی زنان است، با وقوع از دست دادن بارداری می‌تواند داستان غمناکی شود که حدود یک‌چهارم بارداری‌ها را در بر می‌گیرد (۱، ۲). یکی از سخت‌ترین فقدان‌ها، از دست دادن فرزند است، حتی اگر آن فرزند هنوز در داخل رحم مادر باشد (۳). این فقدان می‌تواند اثر شدیدی بر روی خانواده و به‌خصوص مادر بگذارد (۴، ۵). از دست دادن

^۱ استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران

ممکن است از طرف همسرش به اشتباه بی‌احساس تلقی شود یا چنین به نظر برسد که غمگین نیست (۱۹). لذا همین موارد موجب کاهش کیفیت زندگی زنان و بروز مشکلات زناشویی در روابط زوجین و افزایش احتمال درگیری و کشمکش بین زنان و همسرانشان می‌شود، به طوری که حتی شانس طلاق را نیز در این زوجین افزایش می‌دهد (۲۰، ۲۱).

مطالعات کیفی همبستگی بین حمایت (از جانب پزشکان، پرستاران و خانواده‌ها) و سطوح پایین اضطراب و افسردگی در مادران را پس از تولد نوزاد مرده نشان می‌دهند، که حمایت خانوادگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موارد گزارش شده است (۱۳، ۲۲).

با عنایت به اینکه اکثریت زوجین از این تفاوت‌های روان‌شناختی زن و مرد آگاهی ندارند و این عدم آگاهی منجر به بروز کشمکش و چالش در زندگی زناشویی آن‌ها می‌گردد و نیز این‌که اغلب در واحدهای آموزشی - بهداشتی و درمانی به نیازهای عاطفی و اجتماعی این زنان کمتر توجه می‌شود و معمولاً فقط مراقبت فیزیکی به عمل می‌آید و به محض پایدار شدن وضعیت فیزیولوژیکی مرخص می‌شوند و با توجه به مطالعات اندک در این زمینه به‌ویژه در کشور ما، محققین بر آن شدند تا مطالعه حاضر را باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی فردی بر حمایت اجتماعی درک شده در مادران با بارداری ازدست‌رفته مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه در سال ۱۳۹۷ به انجام رسانند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با گروه کنترل و دارای کد اخلاق کمیته مصوب اخلاق (Ir.umsu.rec.1396:437) و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کد ۲۴۳۴۰/۱۵۱۰۰۴/۲۰۱۳ IRCT است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مادرانی بودند که به علت از دست دادن بارداری اولیه و ثانویه در سال ۱۳۹۷ به مرکز آموزشی-درمانی شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مراجعه نمودند. در این مطالعه حجم نمونه برای هر گروه ۵۰ نفر و در کل ۱۰۰ نفر بر اساس مطالعه نویدیان و همکاران (۲۰۱۸) (۲۳) به دست آمد. مادران به روش در دسترس با دریافت لیست مادرانی که در یک هفته گذشته دچار از دست دادن بارداری شده بودند از مرکز آمار مرکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انتخاب و با تخصیص تصادفی به روش بلوک بندی در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابتدا تمام ترکیب‌های ممکن از بلوک‌های AAABBB لیست شد، برای هر یک از آن‌ها یک کد اختصاص داده شد و سپس به صورت تصادفی

یک شاخص سلامت مهم برای زنان و خانواده‌های آنان است. در آمریکا این مهم به‌عنوان یک مشکل قابل توجه در بهداشت عمومی به شمار می‌آید (۹). غم و اندوه واکنش مشترک والدین به از دست دادن بارداری می‌باشد. واکنش‌های غم‌انگیز والدین بلافاصله پس از دست رفتن حاملگی مستند شده‌اند و مشابه واکنش‌های بعد از فقدان افراد بزرگسال می‌باشند (۱۰).

در مطالعات مختلف برخی فاکتورهای پیشگویی‌کننده شدت غم و اندوه پس از دست دادن بارداری بررسی و مشخص شده است که سلامت روان ضعیف قبل از، از دست دادن حاملگی و نیز حمایت اجتماعی ضعیف از عوامل تأثیرگذار بر افزایش شدت غم و اندوه پس از، از دست دادن حاملگی گزارش شده است (۱۱). نقش محیط و حمایت‌های اجتماعی در غم و اندوه والدین در از دست دادن بارداری، به‌خوبی مشخص شده است. والدین معمولاً پس از دست دادن بارداری، به دنبال حمایت اطرافیان هستند و اگر احساس کنند مورد حمایت اطرافیان نیستند، احساس انزوا و تنهایی می‌کنند (۱۲). یکی از مفیدترین مواردی که می‌تواند تأثیر محافظتی برای این والدین به‌خصوص مادران داشته باشد وجود شبکه حمایتی قوی از جانب پزشکان، پرستاران، خانواده و به‌خصوص همسر برای زنانی که از مرگ پریناتال رنج می‌برند می‌باشد که موجب کاهش اضطراب و افسردگی آنان می‌شود (۱۳). زوجینی که باهم گفت‌وگو می‌کنند و در غم و اندوهشان با هم شریک می‌شوند، واکنش‌های غم‌انگیز کمتر و رضایت زناشویی بیشتری دارند (۱۴).

زوجین در مورد این‌که چه واکنشی داشته باشند، چگونه رفتار بکنند و اینکه چه مدت‌زمانی در سوگ جنین یا نوزاد ازدست‌رفته باشند، تفاوت دارند. بعضی اوقات تفاسیر اشتباه و تصورات متناقض در مورد مفهوم سوگ می‌تواند باعث بروز فاصله عاطفی بین زوجین شود. تجربه از دست دادن بارداری می‌تواند احساسات زوجین نسبت به خود و نیز نسبت به همدیگر را تحت تأثیر قرار دهد (۱۵). تفاوت‌های روان‌شناختی زنان و مردان باعث واکنش متفاوت آن‌ها نسبت به از دست دادن بارداری می‌شود. مردان احتمالاً نسبت به همسرانشان با مرگ پریناتال فرزند به سختی سازگار شوند، هرچند ابراز غم و اندوه در پدران نسبت به مادران از شدت کمتری برخوردار است و در مدت کوتاه‌تری بهبود می‌یابد (۱۶، ۱۷). همچنین مردان کمتر گریه می‌کنند و کمتر احساس نیاز می‌کنند تا در مورد ضایعه پیش آمده صحبت کنند (۱۸). زنان علاوه بر اینکه به دلیل از دست رفتن بارداری خود را سرزنش می‌کنند، ممکن است همسرشان را نیز به دلیل این‌که احساساتی شبیه او ندارد، سرزنش کنند. درحالی‌که در این موقعیت، پدر به دلیل احساس ناتوانی، ضعف و نیاز خود به قوی عمل کردن و ایفای نقش حمایتی،

خانواده خود پیدا می‌کنند. برای هر عبارت سه پاسخ بله، خیر و نمی‌دانم وجود دارد. پاسخ نمی‌دانم نمره صفر، پاسخ خیر در سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹، ۲۰ نمره ۱ و بلی نمره صفر و در سایر سؤالات پاسخ خیر نمره صفر و بلی نمره ۱ می‌گیرد. دامنه نمره کل سؤالات بین صفر تا ۲۰ می‌باشد و نمره بالا به‌منزله حمایت اجتماعی بیشتر است (۲۴). روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۵) ارزیابی شده و همچنین پایایی آن نیز بررسی و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۵).

مشاوره‌ها به‌صورت فردی و طی ۴ جلسه‌ی یک‌ساعته و هر هفته یک جلسه طبق برنامه‌ی توافقی با مددجو بر اساس اطلاعات مشاوره‌ای که از قبل با استفاده از کتب و منابع معتبر علمی و بر اساس اصول مشاوره آماده و تحت نظارت اساتید مربوطه تهیه شده بود، توسط محقق آموزش دیده در مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری برای گروه مداخله اجرا شد. عناوین مورد بحث و مشاوره در هر جلسه در جدول ۱ آمده است. موارد مشکل‌دار برای اقدامات تخصصی‌تر ارجاع داده شدند. در مدت‌زمان پیگیری، شماره تلفن پژوهشگر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت تا در صورت لزوم با مشاور تماس گرفته شود. پژوهشگر در تمام طول مدت مداخله پیام‌های مثبت مرتبط حاوی مطالب علمی به مادران ارسال می‌نمود. در طی این مدت گروه کنترل مراقبت‌های معمول بعد از زایمان یا سقط را دریافت کردند. یک ماه پس از آخرین جلسه‌ی مشاوره، پرسشنامه‌ی پس‌آزمون مجدداً توسط مادران هردو گروه تکمیل شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون‌های آماری کای دو، تست دقیق فیشر، تی زوج و تی مستقل با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از بین این کدها ۲۰ کد انتخاب شد. کدها برای اطمینان از عدم وقوع سوگیری به‌صورت Blind بودند. پس از انتخاب کدها به سراغ بلوک‌های متناظر با هر کد رفته و در ادامه با توجه به ترکیب‌های موجود افراد وارد گروه‌های مطالعه شدند. معیارهای ورود در این مطالعه شامل: تمایل جهت شرکت در مطالعه، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، تسلط به زبان فارسی یا آذری، ساکن ارومیه بودن، داشتن سن ۱۸ تا ۳۹ سال، خواسته بودن بارداری، از دست رفتن بارداری در هفته ۸ بارداری تا ۲۸ روز پس از زایمان، نداشتن بیماری روحی و روان‌پزشکی بنا به اظهار مادر، عدم استفاده از داروهای اعصاب و روان، عدم تجربه حادثه ناگوار مانند تصادف یا مرگ عزیز در ۶ ماهه گذشته، کسب نمره‌ی کمتر از ۲۳ در آزمون GHQ-۲۸، عدم سابقه نازایی و دسترسی به تلفن بود. معیارهای خروج عبارت بودند از: وقوع حادثه‌ی استرس‌زا در طول اجرای طرح (مانند مرگ عزیزان، جدایی از همسر)، باردار شدن مجدد، غیبت بیش از دو جلسه در مشاوره‌ها.

پس از انتخاب نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه و پرسشنامه دوقسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک مامایی و پرسشنامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده قبل از شروع جلسات مشاوره توسط مادران هردو گروه تکمیل شد.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی شامل سن مادر، تحصیلات و شغل، تعداد فرزند زنده، وضعیت از دست دادن حاملگی کنونی، جنسیت نوزاد یا جنین مرده، وجود آنومالی در جنین یا نوزاد و دیدن نوزاد یا جنین مرده بود. پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی مقیاس خانواده یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی برای سنجش میزان ارضاء فرد از حمایت خانواده است که توسط پرسویدانو و هلر^۱ منتشر شده است. این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد تجارب، ادراک و احساساتی است که اکثراً مردم گهگاه در رابطه با

جدول ۱: عناوین و مباحث جلسات جهت آموزش و مشاوره گروه مداخله

جلسه	مباحث مطرح شده در جلسات
اول	معرفی و آشنایی با مادر جهت برقراری ارتباط اطمینان‌بخش با وی، توضیح در مورد مطالعه، جلسات مشاوره و اهداف مشاوره‌ها، صحبت با مادر در مورد تجربه از دست دادن بارداری، ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی.
دوم	مرور مباحث جلسه قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، اجازه دادن به مادر جهت بیان و تخلیه احساسات، توضیح در مورد تفاوت‌های روان‌شناختی زن و مرد در مواجهه با از دست دادن بارداری جهت کاهش تعارض‌های بین همسران و بهبود روابط زناشویی مادر با همسر، ارائه مطالب در جهت توانایی برقراری ارتباط مؤثر و ترغیب جهت بهره‌گیری از حمایت همسر و اطرافیان، جمع‌بندی مباحث ارائه‌شده، ارائه تکلیف خانگی و هماهنگی برای جلسه بعدی.
سوم	مرور مباحث جلسه قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، ارائه اطلاعات پزشکی در مورد هریک از انواع از دست دادن بارداری بر اساس تجربه هر مادر و پاسخ به پرسش‌های پزشکی مادر به‌خصوص در مورد مشاوره ژنتیک در موارد لازم، از سرگیری روابط جنسی و

¹ Procidano & Heller

روش‌های پیشگیری، شرکت همسران در جلسه و صحبت با ایشان، تمرین ریلکسیشن با مادر به همراه موسیقی، ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی.

چهارم مرور کلی مباحث جلسات قبل با کمک مادر، بررسی تکلیف خانگی، گفتگو با مادر در مورد جلسات و تأثیر جلسات، ارائه راهکارهای نهایی در صورت وجود نگرانی‌ها یا پرسش‌هایی برای مادر به‌خصوص حاملگی مجدد، حسن ختام جلسات.

یافته‌ها

دو گروه، از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله می‌باشد. نتیجه‌ی آزمون کای دو، نشان می‌دهد در مشخصات جمعیت شناختی کیفی و مشخصات مامایی کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه کنترل و مداخله، به‌غیراز داشتن فرزند زنده ($P=0/039$) تفاوت آماری معناداری وجود ندارد و این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه، از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله می‌باشد (جدول ۲، ۳).

میانگین سن مادران در گروه مداخله $29/46 \pm 5/32$ و در گروه کنترل $28/43 \pm 6/32$ بود و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از لحاظ سن مادران وجود نداشت ($P=0/27$). نتیجه‌ی آزمون تی مستقل، نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری در مشخصات جمعیت شناختی کمی واحدهای پژوهش (از قبیل سن مادر، سابقه داشتن فرزند زنده و سابقه از دست دادن بارداری قبلی) بین دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد و این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی شرکت‌کنندگان بین دو گروه مداخله و کنترل

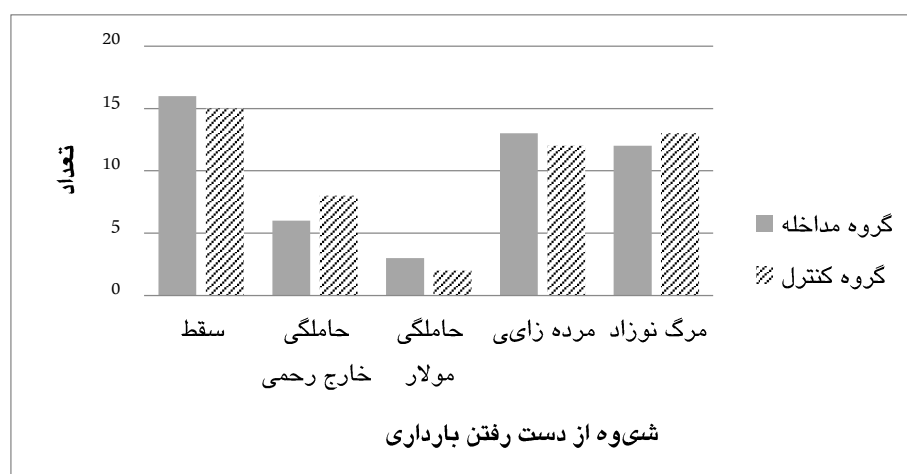
P value	گروه کنترل تعداد (%)	گروه مداخله تعداد (%)	زیرگروه	متغیر
0/392	29 (58)	21 (42)	زیر دیپلم	تحصیلات
	10 (20)	15 (30)	دیپلم	
	2 (4)	4 (8)	فوق‌دیپلم	
0/627	9 (18)	10 (20)	لیسانس و بالاتر	شغل
	43 (86)	46 (92)	خانه‌دار	
	5 (10)	3 (6)	شاغل	
0/860	2 (4)	1 (2)	شاغل در منزل	وضعیت اقتصادی
	9 (18)	7 (14)	دخل کمتر از خرج	
	38 (76)	40 (80)	دخل برابر خرج	
0/039	3 (6)	3 (6)	دخل بیشتر از خرج	فرزند زنده
	26 (52)	36 (72)	دارد	
	24 (48)	14 (28)	ندارد	

جدول (۳): مقایسه مشخصات مامایی کیفی شرکت‌کنندگان مطالعه بین دو گروه مداخله و کنترل

P value	گروه کنترل تعداد (%)	گروه مداخله تعداد (%)	زیرگروه	متغیر
0/888	14 (28)	16 (32)	دختر	جنسیت نوزاد یا جنین
	20 (40)	18 (36)	پسر	
	16 (32)	16 (32)	نامشخص	
0/842	22 (44)	21 (42)	بلی	دیدن نوزاد یا جنین

	۲۸ (۵۶)	۲۹ (۵۸)	خیر	
۰/۰۶۴	۵ (۱۲/۵)	۱۲ (۲۹/۳)	بلی	وجود آنومالی در نوزاد یا جنین
	۳۵ (۸۷/۵)	۲۹ (۷۰/۷)	خیر	

مقایسه نحوه از دست رفتن بارداری بین گروه‌های مطالعه (نمودار شماره ۱) حاکی از آن است که بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ نوع از دست دادن بارداری تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.



نمودار (۱): مقایسه نحوه از دست رفتن بارداری بین گروه‌های مطالعه

بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های آماری میانگین نمره پرسشنامه حمایت اجتماعی در هر دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ($P=0/28$). میانگین نمره پرسشنامه حمایت اجتماعی بعد از مداخله مشاوره‌ای، در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل ($16/40 \pm 1/38$) بود و همچنین نسبت به نمرات پیش‌آزمون گروه مداخله ($10/88 \pm 2/73$) نیز افزایش معناداری پیدا کرده بود. میانگین نمره پس‌آزمون گروه کنترل نیز نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آن افزایش معناداری داشته است، ولی میزان افزایش در گروه مداخله به‌طور قابل توجهی بالاتر بود (جدول ۴).

جدول (۴): میانگین نمرات پرسشنامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده بین و درون دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

P value1	بعد از مداخله	قبل از مداخله	PSS-FA نمره پرسشنامه
<0/001	16/40 ± 1/38	10/88 ± 2/73	گروه مداخله
0/01	10/86 ± 2/82	10/28 ± 2/89	گروه کنترل
<0/001		0/28	P value2

۱ آزمون تی زوجی

۲ آزمونی تی دانشجویی مستقل

دوران بارداری یکی از رویدادهای مهم و خوشایند در زندگی زنان می‌باشد. از ابتدای بارداری دل‌بستگی هیجانی به فرزند آغاز

بحث و نتیجه‌گیری

شده و تحت تأثیر تصورات ذهنی مادر از جنین در سه‌ماهه دوم بارداری به اوج خود می‌رسد (۲۶). اما از دست دادن غیرمنتظره‌ی بارداری می‌تواند یک تجربه دردناک و ویران‌کننده برای والدین باشد (۴، ۵).

در این مطالعه که باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی فردی بر حمایت اجتماعی درک شده در مادران با بارداری ازدست‌رفته، انجام شد، نتایج نشان داد که انجام مشاوره حمایتی فردی سبب افزایش درک حمایت اجتماعی در این مادران می‌شود.

در مطالعه حاضر مادران در جلسات مشاوره و در زمان بیان احساسات اظهار می‌نمودند که تقریباً همه اطرافیان تلاش برای حمایت از مادر دارند اما مطمئن نیستند چگونه رفتار کنند یا چه صحبتی داشته باشند. کاونوگ و همکاران^۱ (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای کیفی با عنوان "حمایت اجتماعی پس از دست دادن بارداری" با ۶۲ پدر و مادری که فرزند خود را در دوران بارداری از دست داده بودند مصاحبه کردند. نتایج این مطالعه از این حیث که حمایت اطرافیان از والدین پس از دست دادن بارداری افزایش یافته بود با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد والدین پس از وقوف از دست دادن بارداری رفتارهایی را از اطرافیان به‌عنوان حمایت دریافت می‌کنند. هرچند از نظر والدین همه این رفتارها به‌عنوان حمایت از آن‌ها تلقی نمی‌شده است (۲۷). همچنین در مطالعه حاضر، تقریباً همه مادران در جریان مشاوره‌ها اظهار کردند که اصلی‌ترین حامی آن‌ها در دوران پس از، از دست دادن بارداری همسرشان می‌باشد و بیشترین حمایت و همدلی را از جانب همسر خود دریافت می‌کنند. در این راستا نتایج مطالعه بل هاوس^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد زنانی که حاملگی خود را از دست داده‌اند، همسرشان را به‌عنوان حامی اصلی خود می‌دانستند. در این مطالعه کیفی که باهدف "بررسی تجارب زنان از حمایت اجتماعی در دوران پس از دست دادن حاملگی" انجام شده بود زنان در مصاحبه‌ها اظهار نمودند که حامی اصلی آن‌ها همسرشان می‌باشد و از اینکه همسرشان خواسته‌ها و نیازهای آنان را بر نیازهای خود مقدم می‌دارند و با آن‌ها همدلی می‌نمایند، قدردانی می‌کردند. همچنین در مطالعه بل هاوس و همکاران، درحالی‌که زنان سطح بالایی از حمایت‌های همسرشان را گزارش داده بودند، به همان اندازه، اکثر زنان از همدلی، تأیید و حمایت اجتماعی از آنان رضایت نداشتند. زنان اغلب احساس می‌کردند که دیگران نمی‌توانند تأثیرات روان‌شناختی از دست دادن بارداری را درک کنند، مگر اینکه خود آن را تجربه کرده باشند (۲۸).

تقریباً همه مادران در جلسات مشاوره بیان می‌کردند که به درک و حمایت خانواده و کادر درمانی نیاز دارند، در این راستا ایناتی و همکاران^۳ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با هدف تعیین تجربیات والدین از خدمات حمایتی پس از دست دادن بارداری، به این نتیجه رسیدند که والدین پس از تجربه از دست دادن بارداری، به دنبال عضویت در گروه‌های حمایت اجتماعی، جهت دریافت حمایت در مورد از دست دادن بارداری خود بودند و در این والدین علائم اختلال استرسی پس از سانحه کاهش یافته بود (۱۲). کوئرت و همکاران^۴ (۲۰۱۸) مطالعه‌ای با عنوان "از دست دادن حاملگی مکرر: دیدگاه زوجین در مورد نیاز به درمان، حمایت و پیگیری" انجام دادند. در این مطالعه کیفی ۱۳ زوج که بارداری خود را به‌طور مکرر از دست داده بودند شرکت کردند، نتایج نشان داد والدین اطلاعات کافی در مورد از دست دادن بارداری داشته و از کادر درمانی انتظار حمایت و پیگیری دارند. همچنین نتایج نشان داد از دست دادن بارداری باعث فشار روانی بر پدر و مادر می‌شود و پدران باوجود تمایل به حمایت از همسر خود در ابراز این حمایت با دشواری مواجه می‌شوند (۲۹). در مطالعه محدثی و همکاران (۱۳۹۵) نتایج نشان داد نیاز به حمایت از سوی خانواده، نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت و نیاز به اشتراک تجربه از جمله نیازهای مادران دچار مرگ پری‌ناتال می‌باشد (۳۰).

اکثر مطالعاتی که در زمینه حمایت اجتماعی پس از، از دست دادن بارداری هستند، به‌صورت کیفی و در مورد تجارب والدین انجام شده‌اند، اما مطالعه حاضر از این حیث که با ابزاری به سنجش میزان درک حمایت اجتماعی پس از، از دست دادن بارداری پرداخته است، متفاوت می‌باشد. همچنین از این جهت که با مشاوره حمایتی فردی سعی در افزایش درک حمایت از جانب خانواده در مادران دچار از دست دادن بارداری داشته است، متفاوت می‌باشد. هرچند میانگین نمره پس‌آزمون گروه کنترل نیز نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آن افزایش معناداری داشت. این یافته می‌تواند بیانگر این نکته باشد که در جامعه (به‌خصوص جامعه ایرانی) حمایت و توجه اطرافیان به‌ویژه خانواده نسبت به زنانی که بارداری خود را از دست داده‌اند افزایش می‌یابد، هرچند که میزان درک این افزایش حمایت در مادرانی که در جلسات مشاوره شرکت کرده بودند نسبت به مادران گروه کنترل بیشتر می‌باشد. در این راستا در مطالعه‌ای که توسط سوتان و میسکام (۲۰۱۲) با هدف تعیین تأثیر روانی-اجتماعی از دست رفتن بارداری در زنان مسلمان انجام شده بود، نتایج نشان داد، زنان اظهار کردند در دوره پس از، از دست رفتن بارداری بیشترین حمایت را از جانب خانواده

³ Inati et al

⁴ Koert

¹ Kavanaugh et al

² Bellhouse1

مشابه بر اساس مشاوره زوج محور یا خانواده محور و تشکیل گروه‌های حمایتی همتایان انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق Ir.umsu.rec.۴۳۷،۱۳۹۶ و پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه و دارای کد IRCT۲۰۱۵۱۰۰۴۰۲۴۳۴۰N۱۳ می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران از معاون محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه و نیز مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

دریافت نمودند و این حمایت برای بازگشت آن‌ها به زندگی مؤثر و کمک‌کننده بوده است (۳۱). در مطالعه بل هاوس و همکاران نیز باوجود برخی از چالش‌ها، اکثر زنان تجارب مثبتی از حمایت‌های احساسی و فیزیکی از جانب دوستان و خانواده را از طریق تلفن، گفت‌وگو و انجام کارهای حمایتی، بیان نمودند و تقریباً تمام زنان اذعان می‌کردند، تجربه‌های مثبت و منفی که از برخورد اجتماع و اطرافیان کسب می‌کنند در ذهن آن‌ها می‌ماند بسیاری از زنان اظهار داشتند که برخلاف نظرات دیگران سکوت دوستان و خانواده در این شرایط می‌تواند بسیار مضر باشد (۲۸).

البته این مطالعه نیز مانند اکثر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله اینکه تعداد جلسات مشاوره‌ای می‌توانست بیشتر باشد و پیگیری بلندمدت انجام شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات

References:

- Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2016;4(2):e98-e108.
- James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(6):761-71.
- Seftel L. *Grief unseen: Healing pregnancy loss through the arts*. Jessica Kingsley Publishers; 2006.
- Biggs MA, Gould H, Foster DG. Understanding why women seek abortions in the US. *BMC women's health* 2013;13(1):29.
- Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(5):630-8.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: Mcgraw-hill; 2014.
- Huberty J, Leiferman JA, Gold KJ, Rowedder L, Cacciatore J, McClain DB. Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions. *BMC pregnancy and childbirth* 2014;14(1):391.
- Vahabzadeh D, Karandish M, Eftekhari J, Haghighizadeh M, Al Taieb H. Risk factors of growth faltering among 3-36 months old children in Ahwaz, Iran. *J Kerman Univ Med Sci* 2013;20(5):481-91.
- Huberty JL, Matthews J, Leiferman J, Hermer J, Cacciatore J. When a baby dies: A systematic review of experimental interventions for women after stillbirth. *Reproductive Sciences* 2017; 24(7): 967-75.
- Lang A, Fleischer AR, Duhamel F, Sword W, Gilbert KR, Corsini-Munt S. Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega (Westport)* 2011;63(2):183-96.
- Hutti MH MJ, Hall LA, Polivka BJ, White S, Hill J, Kloenne E, et al. Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *J Psychosom Res* 2017;101:134-28.
- Inati V, Matic M, Phillips C, Maconachie N, Vanderhook F, Kent AL. A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018;58(1):54-63.
- Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010;125(5):e1202-7.

14. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Glaser A, Fauchère J-C, et al. Shared or discordant grief in couples 2–6 years after the death of their premature baby: Effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics* 2009;50(2):123-30.
15. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company; 2018.
16. Kong G, Chung T, Lai B, Lok I. Gender comparison of psychological reaction after miscarriage—a 1-year longitudinal study. *BJOG* 2010;117(10):1211-9.
17. Rinehart MS, Kiselica MS. Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2010;47(3):288.
18. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14(2):187.
19. Blaisure KR, MacDermid S, Saathoff-Wells T, Pereira A, Dombro AL. *Serving military families in the 21st century*. Routledge; 2012.
20. Johnson OP, Langford RW. A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(4):492-9.
21. MacDorman MF, Reddy UM, Silver RM. Trends in stillbirth by gestational age in the United States, 2006–2012. *Obstet Gynecol* 2015;126(6):1146-50.
22. Fenstermacher KH, Hupcey JE. Support for Young Black Urban Women After Perinatal Loss. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2019;44(1):13-9.
23. Navidian A, Saravani Z. Impact of Cognitive Behavioral-Based Counseling on Grief Symptoms Severity in Mothers After Stillbirth. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018;12(1):e9275.
24. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983;11(1):1-24.
25. Karami J BA, Vasegi F. Relationship between stress and social support with tendency to addiction 2017;4(1):e21250.
26. Abasi E, Tafazoli M. The effect of training attachment behaviors on primipara maternal fetal attachment. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2009;17(12):35-45.
27. Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social support following perinatal loss. *Journal of family nursing* 2004;10(1):70-92.
28. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. “It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC women's health* 2018; 18(1):176.
29. Koert E, Malling G, Sylvest R, Krog M, Kolte A, Schmidt L, et al. Recurrent pregnancy loss: couples’ perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Hum Reprod* 2018;34(2):291-6.
30. MohaddesH h FA, Ozgoli G, Saki K, Saei Gharenaz M. Experiences of mothers’ compatibility with perinatal mortality: A qualitative study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;19(20):19-29.
31. Sutan R, Miskam HM. Psychosocial impact of perinatal loss among Muslim women. *BMC women's health* 2012;12(1):15.

THE EFFECT OF INDIVIDUAL ADVOCACY COUNSELING ON THE LEVEL OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN MOTHERS WITH PREGNANCY LOSS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Mahmonir Hagigi¹, Khatereh Oladbaniadam^{2*}, Hamideh Mohaddesi³, Javad Rasuli⁴

Received: 05 March, 2020; Accepted: 08 July, 2020

Abstract

Background & Aims: Pregnancy is sweet experience in a woman's life; however, a pregnancy loss can be a fatal story. About a quarter of all pregnancies end in miscarriage. One of the most beneficial things that can have a protective effect on these parents, especially mothers, is the existence of a strong support network from the family. The aim of this study was to determine the effect of individual advocacy counseling on the perceived social support from the family in mothers with pregnancy loss.

Materials & Methods: This quasi-experimental study with control group was conducted in 2018 in Urmia. A total of 100 women with pregnancy loss participated in the study. Sampling was done via randomization manner by blocking method. The intervention group received 4 sessions of educational support intervention while the control group received the usual care. Data were collected using demographic information and social support for family scale in two stages (pre-test and post-test) and analyzed by SPSS-22 software and statistical tests with significance level of 0.05.

Results: The participants in two groups were well matched except for having a live child ($p=0.03$). The mean social support scores in the intervention and control group were 10.88 ± 2.73 and 10.28 ± 2.89 , respectively. This difference was not statistically significant ($p=0.28$) at start of the intervention. After intervention, the mean scores in the intervention and control group were 16.4 ± 1.38 and 10.56 ± 2.82 , respectively which was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Individual advocacy counseling in women with pregnancy loss will increase their understanding from social support, and this can facilitate the process of adaptation in these mothers.

Keywords: Supportive counseling, pregnancy Loss, social support, randomized controlled trial

Address: School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 44-32756449

Email: oladbaniadam@gmail.com

¹ Assistant professor, Psychiatrist, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² M.Sc. student of Counselling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Department of Midwifery, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Department Of epidemiology and biostatistics, School of medicine, University of Medical Sciences, Urmia, Iran