

بررسی تأثیر مشاوره بر افسردگی و اضطراب بعد از سقط قانونی

حمیده حاج نصیری^۱، زهرا بهبودی مقدم^۲، سوگند قاسم زاده^۳، فاطمه رنجکش^۴، *مهرداد گرانمایه^۵

- ۱- مربی، گروه مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه بهداشت باروری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- مربی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- ۴- مربی، گروه مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
- ۵- مربی، گروه بهداشت باروری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: mz_geranmayah@yahoo.com

نشریه روان پرستاری، دوره ۴ شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۶۴-۷۲

چکیده

مقدمه: سقط قانونی یکی از رویدادهای منفی بارداری است که با تأثیر بر جنبه های فردی و اجتماعی زندگی فرد منجر به کاهش کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب می شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر افسردگی و اضطراب بعد از سقط قانونی انجام شد. **روش ها:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۲۰ زن باردار دارای مجوز سقط قانونی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین طی سال های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ شرکت داشتند. نمونه ها به دو گروه شاهد (مشاهده و ثبت اطلاعات) و گروه مداخله (مشاوره فردی چهره به چهره قبل از سقط و پیگیری تلفنی هفتگی تا ۸ هفته) تقسیم شدند. جهت تصادفی سازی روزهای زوج به گروه شاهد و روزهای فرد به گروه مداخله اختصاص داده شد. پس از اخذ رضایت پرسشنامه اطلاعات فردی و بارداری برای هر دو گروه تکمیل شد. سپس نمونه ها قبل و ۲ ماه بعد از سقط با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک مورد ارزیابی قرار گرفتند و در نهایت دو گروه با هم مقایسه شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ و آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر، تی زوج و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $11/05 \pm 24/72$ و $12/67 \pm 22/76$ و $p = 0/412$ بود و دو ماه پس از مداخله میانگین نمره اضطراب گروه مداخله به $1/70 \pm 1/10$ ($p < 0/001$) و در گروه شاهد نیز به $7/76 \pm 11/66$ ($P < 0/001$) رسیده است. میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله دو گروه با هم همگن نبودند ($p = 0/028$) لذا میانگین اختلاف کاهش نمره افسردگی در گروه های مداخله و شاهد محاسبه شد و نتایج معنی دار بود و به ترتیب $12/56 \pm 9/64$ ، $4/42 \pm 6/89$ و $(p = 0/0001)$ بود.

نتیجه گیری: به نظر می رسد ارائه خدمات مشاوره ای بعد از سقط قانونی می تواند باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی شده و انجام مشاوره های پیگیرانه می تواند در ارتقاء سلامت زنان موثر باشد.

کلید واژه ها: مشاوره، افسردگی، اضطراب، سقط قانونی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۳

مقدمه

پایان دادن عمدی به حاملگی بنا به ضرورت پزشکی، سقط درمانی یا سقط قانونی نامیده می شود (۱). منظور از واژه سقط، پایان یافتن حاملگی (چه به صورت خود به خودی چه به صورت عمدی) قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات و یا پایان یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ و یا در وزن کمتر از ۵۰۰ گرم هنگام تولد است (۲). در مجموع سقط ها را می توان به سه دسته ی شایع: سقط خود به خودی یا عاداتی، سقط جنایی یا غیر قانونی و سقط درمانی یا سقط قانونی تقسیم بندی کرد (۳). در کشور ما طبق آخرین مصوبه مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۴) زمانی مجوز سقط درمانی صادر می شود که ادامه حاملگی باعث به خطر افتادن جان مادر شود و یا نقص ژنتیکی جنین باعث حرج مادر گردد؛ این عمل، قبل از ولوج روح (قبل از چهارماهگی از زمان لقاح) صورت می گیرد (۱).

سقط جنین شایع ترین رویداد از دست دادن حاملگی است به طوری که سالانه حدود ۴۲ میلیون زن در جهان دچار سقط می شوند (۴). در یک مطالعه مروری (۲۰۱۳) نشان داده شد، افرادی که سقط جنین داشته اند نسبت به آنها که سقط جنین را تجربه نکرده اند بیشتر در معرض آسیبهای روانی نظیر افسردگی و اضطراب هستند (۵)؛ چه بسا مشکلات روانی و جسمی حاصل از سقط می تواند با تأثیر بر جنبه های مختلف زندگی فرد و با ایجاد مشکلات جسمی و زناشویی، کیفیت زندگی فرد را کاهش دهد. سوگ یکی از عوامل خطر بزرگ بیماریهای روان، غم، افسردگی و اضطراب است که متأسفانه در بالای ۳۰ درصد از زنانی که دچار سقط شده اند، بروز می کند و در ۱۰-۵ درصد موارد شدت و تداوم علائم به گونه ای است که منجر به افسردگی ماژور می شود (به خصوص در بارداری خواسته) (۶،۴). Steinberg (۲۰۱۶) و Biggs (۲۰۱۳) معتقدند سقط به خودی خود منجر به بروز عوارض روانی نمی شود بلکه عواملی مانند وضعیت سلامت روانی قبل از سقط، خشونت خانگی، تمایل به بارداری، وضعیت اقتصادی و... در بروز افسردگی و اضطراب بعد از سقط موثراند (۷،۸). اما برخی دیگر معتقدند که سقط به عنوان یک عامل تروما و استرس زا باعث بروز عوارض روانی می شود (۹). به هر حال عوارض روانی بعد از سقط به هر دلیلی که باشد بعد از سقط بروز می کند.

از نظر اینگرید (۲۰۰۷) علایم روحی روانی زنان دارای سقط مشابه وضعیت های روانی مادرانی است که نوزاد خود را از دست داده اند (۱۰).

با وجود شناسایی و به رسمیت شناخته شدن پیامدهای روانی سقط توسط محققین، هنوز هم یافته های کافی مبنی بر ارائه

مراقبتهای پزشکی بعد از سقط وجود ندارد و بر خلاف افسردگی پس از زایمان، حتی اقدامات غربالگری موثر و ساده برای پیشگیری از عوارض روانی بعد از سقط به خوبی انجام نشده است (۱۰). گزارشات اخیر نشان داده است که ۹۲ درصد از زنان سقط کرده خواهان مراقبتهای بعد از سقط بودند که از این میان تنها یک سوم بیماران موفق به دریافت این مراقبتهای شدند، و بیماران بسیاری از دریافت ناکافی حمایت های روانی بعد از سقط ابراز خشم و نارضایتی کرده اند. به عبارتی به شکایات فیزیکی زنان دارای سقط بیش از نیازهای روانی شان توجه و رسیدگی می شود (۱۱،۱۰). نتایج مطالعات Catherine و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که عدم مشاوره های قبل از سقط منجر به بروز مشکلات روانی بعد از سقط می شود (۱۲) روشهای مختلفی برای درمان اضطراب و افسردگی وجود دارد که می توان به روشهای تن آرامی، معنادرمانی، دارو درمانی، فیلم درمانی، استفاده از شوک الکتریکی و روان درمانی اشاره کرد (۱۳). مشاوره یکی از روشهای درمان افسردگی و اضطراب است (۱۴). جلسات مشاوره ای، بیمار را قادر می سازد تا در مورد تصمیم خود در رابطه با سقط بازنگری کند و همچنین بتواند عوامل محرک را مدیریت کند. پرستاران، ماماها، پزشکان و مددکاران اجتماعی به عنوان تیم مراقبتی درمانی می توانند به بیماران مشاوره های روانی بعد از سقط جنین ارائه دهند، و با شناسایی افراد در معرض خطر، در صورت نیاز آنها را به مراکز مربوطه معرفی نمایند. از طرف دیگر تعامل تیم درمانی با بیمار باعث می شود تا ترس و نگرانیهای بیمار ناشی از عدم آگاهی کاهش یابد و اطلاعات کافی در مورد فرایند سقط را دریافت کند (۱۵).

کنفدراسیون بین المللی مامایی (۲۰۰۵)، ماما را به عنوان فردی مسئول معرفی کرده است که نقش مهمی در ارائه توصیه های لازم در طول بارداری، لیبر و دوران پس از زایمان دارد. از طرفی، امروزه مراقبت های پزشکی تلفنی از اجزای اصلی ارایه مراقبت ها در سراسر ایالات متحده می باشد (۱۶) که البته تحقیقاتی که در ایران و کشورهای دیگر انجام شده است بر اهمیت و تأثیر این نوع مشاوره تأکید می کند (۱۷،۱۸،۱۹). با اینکه چنین به نظر می رسد که ارزش مشاوره تلفنی نسبت به مشاوره های چهره به چهره پایین تر است، اما با این فن آوری می توان در مدت کوتاه، مداخلات مراقبتی بسیار مفیدی ارائه داد؛ همچنین مراقبتهای را از حالت بیمارستان مداری به صورت جامعه مداری و از مراقبت مداری به مددجو مداری تبدیل نمود (۲۰).

از آنجایی که زنان پس از اخذ مجوز سقط قانونی جهت ادامه درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند و ماماها به عنوان

(۱۸-۱۰)، افسردگی متوسط (۲۹-۱۹)، افسردگی شدید (۶۳-۳۰) بود (۲۱). پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که فرد در هر ماده یکی از گزینه‌هایی را که نشان‌دهنده شدت اضطراب اوست انتخاب می‌کند و این چهار گزینه در یک طیف چهار قسمتی از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود، بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه (۶۳-صفر) قرار دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه به این ترتیب می‌باشند: (۷-صفر) اضطراب جزئی، (۱۵-۸) اضطراب خفیف، (۲۵-۱۶) اضطراب متوسط، (۶۳-۲۶) اضطراب شدید. پرسشنامه اضطراب بک به گونه‌ای تدوین شده است که علائم افسردگی را شامل نشود (۲۲). مطالعات مختلف روایی پرسشنامه اضطراب بک را در موقعیتهای مختلف مورد تأیید قرار داده اند (۲۳، ۲۴). در مطالعه بک بین درجه بندی‌های متخصصان بالینی و نمره‌های پرسشنامه‌ی افسردگی بک، همبستگی مثبت وجود داشت (در دو بررسی جداگانه $0/65$ و $0/67$) (۲۵، ۲۶). برای روایی ابزارها از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. پایایی پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب در مطالعات داخلی با ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با $0/93$ و $0/92$ بوده است (۲۷، ۲۴).

سپس در گروه مداخله مشاوره فردی توسط پژوهشگر به صورت چهره به چهره و به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه ارائه شد. مشاوره مورد نظر از نوع شناختی و هیجان مدار بود و توسط کارشناس مشاوره طرح به ماما (پژوهشگر) آموزش داده شده بود. محتوای مشاوره در این طرح شامل ۱) دادن اطلاعات پزشکی در مورد سقط و عوارض جسمی حاصل از آن جهت کاهش اضطراب و ترس ناشی از عدم آگاهی، ۲) پرسیدن سوال از نگرانیها و ابهامات بیماران و رفع آنها تا حد ممکن، ۳) آگاه کردن آنها از اینکه سقط هم نوعی از دست دادن یا سوگ محسوب می‌شود و لذا می‌تواند منجر به علائمی مشابه سوگ گردد، و همچنین آگاه کردن فرد مورد مشاوره از مشکلات روانی احتمالی بعد از سقط و سپس ارائه‌ی راهکارهایی برای مقابله با خلق منفی، ۴) دادن اطمینان و اعتماد بخشی جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای تا ۸ هفته بعد از اخذ مجوز سقط و به صورت هفتگی و در مواقعی که فرد احساس نیاز پیدا کند. و همچنین ایجاد رابطه‌ی همدلی در طول مدت مطالعه بود؛ سپس افراد گروه مداخله هر هفته به صورت تلفنی به مدت ۸ هفته پیگیری شدند و در صورت نیاز مشاوره‌ای که شامل پاسخ به سوالات پزشکی نظیر روشهای پیشگیری از بارداری، زمان شروع روابط زناشویی، آمادگی‌های لازم جهت بارداری مجدد، بر طرف کردن نگرانیهای مربوط به بارداری مجدد، کمک به کاهش احساس گناه و... بود، اجرا شد. در نهایت با گذشت ۸ هفته با هر دو گروه تماس گرفته شد و مجدداً پرسشنامه‌های ذکر شده تکمیل گردید؛ سپس هر دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب با هم مقایسه شدند.

اولین افراد با آنها در ارتباط هستند، لذا در این رابطه نقش بی‌بدلی داشته و می‌توانند با مشاوره و حمایت‌های لازم و به موقع از عوارض روانی ناشی از سقط کاست. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر میزان افسردگی و اضطراب زنان بعد از سقط قانونی صورت گرفت، بدین امید که بر اساس نتایج حاصل از تحقیق، بتوان در جهت حمایت روانی و پیشگیری از عوارض روانی شایع سقط قانونی راهکارهای مناسبی را ارائه و به مرحله عمل رسانید.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی می‌باشد که در آن ۱۲۰ زن باردار دارای مجوز سقط قانونی، مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین طی سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ شرکت داشتند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و مبتنی برهدف انجام شد. با فرض شیوع ۵۰ درصدی افسردگی و اضطراب در زنان باردار در انتظار سقط قانونی و $\alpha=0/01$ و $\beta=0/05$ ، تعداد نمونه لازم در این پژوهش با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۶۰ نفر در هر گروه تعیین شد. شرایط ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه بیماری روانی شناخته شده، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم وجود حادثه‌ای که باعث غم، اضطراب و افسردگی شود مثل فوت نزدیکان و... در ۲ ماه اخیر بود و معیارهای خروج شامل، عدم تمایل به ادامه همکاری فرد یا وقوع حادثه ناگوار در زندگی فرد که منجر به اضطراب و افسردگی او می‌شد، بود. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و سازمان پزشکی قانونی و همچنین ثبت در مرکز ثبت کارآزماییهای بالینی با کد IRCT2012111411468N1 و کسب رضایت نامه کتبی برای شرکت در مطالعه، جهت عدم ملاقات گروه شاهد با گروه مداخله، بر اساس مراجعه بیماران به مرکز آموزشی درمانی روزهای زوج به گروه شاهد و روزهای فرد به گروه مداخله اختصاص داده شد. برای هر دو گروه قبل از سقط پرسشنامه‌های اطلاعات فردی (سن، میزان تحصیلات، شغل، مذهب و...) و بارداری (تعداد بارداری، تعداد فرزندان، تعداد سقط، سن حاملگی و...) تکمیل شد. هر دو گروه از نظر اضطراب و افسردگی با پرسشنامه بک ارزیابی شدند. پرسشنامه افسردگی بک (BDI) شامل ۲۱ سوال می‌باشد که نشانه‌های تعریف شده از افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه و کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار خلق و خو را در طی دو هفته قبل بررسی می‌کند. آیتم‌های این پرسشنامه شامل چهار گزینه است و بر روی یک مقیاس صفر تا سه نمره گذاری می‌شود و بدین ترتیب مجموع امتیازات می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر کند. تقسیم بندی ارائه شده توسط بک برای شدت افسردگی در این مقیاس به صورت بدون علامت (صفر تا ۹)، افسردگی خفیف

جهت همگن سازی، در گروه مداخله نیز تا ۵۰ بیمار پیگیری ها ادامه پیدا کرد. یافته ها نشان داد که واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد از نظر مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، نسبت با همسر، مذهب، سن بارداری، تعداد فرزندان، تعداد سقط، خواسته بودن بارداری، میزان اضطراب با هم همگن بودند (جدول ۱).

داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ و آزمونهای آماری آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، تی زوج و تی مستقل با سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

با گذشت ۸ هفته از زمان مطالعه، ۱۰ نفر از افراد گروه شاهد به تماس ها پاسخگو نبودند و در نهایت ۵۰ نمونه باقی ماند لذا

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و باروری دو گروه مداخله و شاهد

P	شاهد		مداخله		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۰۰۴	۴	۲	۱۲	۶	کمتر از ۲۰ ۲۰-۲۵ ۲۶-۲۹ بالای ۳۰	سن
	۲۸	۱۴	۲۶	۱۳		
	۳۲	۱۶	۲۲	۱۱		
	۳۶	۱۸	۴۰	۲۰		
۰/۲۹۷	۶	۳	۲	۱	بی سواد ابتدایی راهنمایی-دبیرستان دانشگاهی	تحصیلات
	۱۸	۹	۲۴	۱۲		
	۴۲	۲۱	۵۴	۲۷		
	۳۴	۱۷	۲۰	۱۰		
۰/۷۶۰	۰	۰	۳	۱	کارگر کارمند خانه دار	شغل
	۱۴	۷	۱۰	۵		
	۸۶	۴۳	۸۸	۴۴		
۰/۶۶۶	۷۲	۳۶	۶۶	۳۳	خواسته ناخواسته	خواسته بودن بارداری
	۲۸	۱۴	۳۴	۱۷		
۰/۱۹۸	۳۰	۶۰	۲۶	۵۲	سه ماهه اول سه ماهه دوم	سن بارداری
	۲۰	۴۰	۲۴	۴۸		

میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی قبل از مشاوره در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب $۱۵/۸۰ \pm ۹/۹۹$ و $۲۰/۶۶ \pm ۱۱/۶۷$ بود ($p=۰/۰۲۸$) و ۲ ماه بعد از ارائه مشاوره میانگین افسردگی در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب به $۳/۲۴ \pm ۵/۵۸$ و $۱۶/۲۴ \pm ۱۰/۵۶$ تغییر یافت ($p=۰/۰۰۰۱$). اما از آنجایی که میزان افسردگی قبل از مشاوره در دو گروه با هم همگن نبودند ($p=۰/۰۲۸$) لذا میانگین اختلاف کاهش افسردگی در دو گروه از طریق آزمون تی زوج بررسی گردید. نتایج این آزمون نشان داد که میانگین اختلاف کاهش افسردگی در گروه مداخله $۱۲/۵۶ \pm ۹/۶۴$ و در گروه شاهد $۴/۴۲ \pm ۶/۸۹$ بود و اختلاف آماری معنی داری در میانگین کاهش نمره افسردگی وجود داشت ($p=۰/۰۰۰۱$) (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افسردگی قبل و بعد از مشاوره در دو گروه مداخله و شاهد

۲ ماه بعد از مشاوره				قبل از مشاوره				افسردگی
گروه شاهد		گروه مداخله		گروه شاهد		گروه مداخله		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۶/۹	۲۴	۹۶	۴۸	۳۶	۱۸	۵۶	۲۸	بدون افسردگی (۱ تا ۱۵) خفیف (۱۶ تا ۳۱) متوسط (۳۲ تا ۴۷) شدید (۴۸ تا ۶۲)
۴۲/۹	۲۱	۴	۲	۵۲	۲۶	۳۴	۱۷	
۱۰/۲	۵	۰	۰	۶	۳	۱۰	۵	
۰	۰	۰	۰	۶	۳	۰	۰	
$۱۶/۲۴ \pm ۱۰/۵۶$		$۳/۲۴ \pm ۵/۵۸$		$۲۰/۶۶ \pm ۱۱/۶۷$		$۱۵/۸۰ \pm ۹/۹۹$		میانگین و انحراف معیار
$p=۰/۰۰۰۱$				$p=۰/۰۲۸$				p -value

قبل از مشاوره دو گروه از نظر اضطراب با هم اختلافی نداشتند، اما بعد از مداخله نمره اضطراب در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد شد ($P=0/0001$) (جدول ۳).

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب قبل از مشاوره در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب $11/05 \pm 24/72$ و $12/67 \pm 22/76$ بود؛ اما ۲ ماه بعد از مشاوره، میانگین نمره اضطراب دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب $1/70 \pm 1/10$ و $7/76 \pm 11/66$ شد.

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اضطراب قبل و بعد از مشاوره در دو گروه مداخله و شاهد

گروه		قبل از مشاوره				۲ ماه بعد از مشاوره			
		گروه شاهد		گروه مداخله		گروه شاهد		گروه مداخله	
اضطراب		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم (صفر تا ۷)		۳	۶	۵۰	۱۰۰	۱۶	۳۲	۱۶	۳۲
خفیف (۸ تا ۱۵)		۹	۱۸	۰	۰	۲۲	۴۴	۲۲	۴۴
متوسط (۱۶ تا ۲۵)		۱۴	۲۸	۰	۰	۱۵	۳۰	۱۰	۲۰
شدید (۲۶ تا ۶۳)		۲۴	۴۸	۰	۰	۱۸	۳۶	۲	۴
میانگین و انحراف معیار		$11/05 \pm 24/72$		$1/70 \pm 1/10$		$12/67 \pm 22/76$		$7/76 \pm 11/66$	
p-value		$p=0/412$				$p=0/0001$			

از سقط ۵ سال زمان احتیاج است (۳۱). حال اگر مداخله ای از طرف مراقبین بهداشتی صورت بگیرد شاید بتوان مدت زمان افسردگی و اضطراب زنان را کوتاه تر کرد که البته نتایج مطالعه Catherine و همکاران (۲۰۱۰) نیز این حقیقت را اثبات کرده و نشان داد که، عدم دریافت مشاوره و پیگیری، منجر به اختلال اضطراب بعد از سقط و بروز مشکلات روانی بیشتری می شود (۱۲). هم چنین در یک نظر سنجی که در هنگ کنگ، بر روی ۲۸۸ زن سقط کرده انجام شده بود، نشان داده شد که بیش از نیمی از بیماران (۵۲/۷٪) مشاوره های بعد از سقط را ضروری می دانستند و خواهان دریافت این گونه خدمات بودند (۳۲) و در مطالعه ای دیگر زنان وجود آموزش و مشاوره را برای کاهش عوارض روانی بعد از سقط بسیار موثر دانسته اند (۳۳) پارسایی نیز معتقدند داشتن امکان بحث در مورد سلامتی، احساسات و موقعیت های شخصی زنان تحت درمان سقط، با مشاوره دقیق، آگاهانه و بدون دآوری حائز اهمیت است و از این طریق می توان به بیمارانی که دارای دو دلی های قابل ملاحظه هستند و یا استرس های عاطفی دارند، توجهات مناسبی داشت (۱۱). در این مطالعه هم لزوم ارائه خدمات مشاوره ای بعد از سقط بار دیگر اثبات شد و مشاهده شد که با ارائه مشاوره و پیگیریهای هفتگی می توان از میزان ابهامات و نگرانی های مرتبط نظیر (احتمال سقط در بارداری بعدی و روش های پیشگیری از بارداری و...) که زمینه ساز و تشدید کننده اضطراب و افسردگی در بیماران است، کاست.

و اما از محدودیت هایی این مطالعه می توان به این نکته اشاره کرد که میزان حمایت خانواده ها از مادران بعد از سقط در خانواده های مختلف با هم دیگر متفاوت است و همین امر می تواند

بحث

نتایج بدست آمده در این پژوهش بیانگر آن است که ارائه مشاوره و پیگیری های هفتگی به زنان دچار سقط قانونی، موجب کاهش اضطراب و افسردگی آنها می شود. در مطالعه ای که توسط رهبر و همکاران (۱۳۸۷) انجام شده بود، ۱۱/۱٪ زنان باردار، چهار هفته بعد از سقط دچار علائم اختلال خواب و اضطراب شده بودند (۲۸) که در پژوهش حاضر نیز بعد از گذشت ۸ هفته از سقط هنوز اضطراب در هر دو گروه شاهد و مداخله وجود داشت اما در گروه مداخله به دلیل حمایت های مشاوره ای و پیگیری های هفتگی، این میزان کاهش چشمگیری داشت.

در مطالعه دیگر که توسط Ingirid و همکاران (۲۰۱۰) صورت گرفته بود، میزان افسردگی بلافاصله پس از سقط را حدود ۴۲/۱٪ گزارش کرده بودند که با گذشت زمان (سه ماه و یک سال) این میزان به ترتیب به ۲۶/۸٪ و ۹/۳٪ کاهش یافته بود (۲۹). با مقایسه این مطالعه با مطالعه حاضر مشخص می شود، به طور طبیعی با گذشت زمان میزان افسردگی بعد از سقط نیز مانند اضطراب کاهش می یابد اما سیر نزولی آن در افرادی که مورد مشاوره و پیگیری قرار می گیرند سریعتر است لذا این افراد زودتر می توانند به سلامت روانی قبل از سقط خود دست پیدا کنند. تقریباً در اکثر مطالعات وجود عوارض روانی بعد از سقط با گذشت زمان و اعمال مداخلات متفاوت گزارش شده است. به طوری که برخی معتقدند این عوارض تا ۶ ماه بعد از سقط بالا باقی می ماند و با گذشت ۳ سال از بین می رود (۳۰) و برخی دیگر معتقدند برای از بین رفتن تمام عوارض روانی حاصل

میزان و شدت اضطراب و افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد، که از شاهد پژوهشگر خارج بود.

روانی بعد از سقط با هم مقایسه و بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه مصوب کارشناسی ارشد مامایی با شماره ۵۷۱ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد و بدین وسیله از کلیه افرادی که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند از جمله، مسئولین و اساتید محترم دانشگاههای علوم پزشکی تهران و ایران و بیمارستان کوثر و مرکز پزشکی قانونی استان قزوین و زنان باردار شرکت کننده در مطالعه که امکان انجام تحقیق را مقدور ساختند، تشکر و قدردانی می شود.

نتیجه گیری نهایی

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد ارائه مشاوره بعد از سقط قانونی در کاهش اضطراب و افسردگی بسیار موثر است و از این بعد مراقبین بهداشتی به خصوص ماماها می توانند از طریق ارائه مشاوره و شناسایی زنان در معرض خطر و حتی گاه ارجاع آنان به مراکز تخصصی مشاوره، از میزان و شدت عوارض روانی بعد از سقط قانونی بکاهند و بدین وسیله در ارتقا سطح سلامت زنان و جامعه نقش بسزایی را ایفا کنند. در نهایت پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، تأثیر مشاوره همراه با همسر و بدون همسر در کاهش عوارض

Reference

1. Shojaei A. Medical ethics and legal abortion. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2013; 5(5): 0-9 [persian].
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. William's obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
3. Shabani S. Overview of Forensic Medicine for midwifery students, 1, Tehran: jangal, 2014. [persian].
4. Maureen C, Johnsto C. The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2013; 40(3): 279-293.
5. Carlo V. Bellieni MD, Giuseppe B. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2013;67(5): 301-310.
6. Gregory H, Wilmoth. prevalence of psychological risks following legal abortion in the U.S.A. journal of social issues. 2010;66-37.
7. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Social Science & Medicine J. (2016): 67-75
8. Biggs MA, Gould H, Foster DG. Understanding why women seek abortions in the US. BMC Womens Health. 2013;13 (29).
9. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and mental health findings from the national comorbidity survey-replication. Obstet, Gynecol J. 2014; 123. (2): 263-270.
10. Ingrid H, Lok. Psychological morbidity following miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2007;21(2): 229-247.
11. Nikcevic AV, Tunkel SA, Nicolaides KH. Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998;11: 123-128.
12. Priscilla K, Catherine T, Vincent M. Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to

- Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Pregnancy*. 2010 ; Article ID 130519: 10.
13. Kajbaf M B, Ghasemiannejad Jahromi A, Ahmadi Forushani S H, The Effectiveness of Spiritual and Existential Group Therapy on the Rates of Depression, Death anxiety and Afterlife Belief among Students: A Study Based on the Reports of People with Death Experience, *knowledge & research in applied psychology*, 2016; 16 (4) :4-13. [Persian].
 14. Fadaei F, Pourreza M, Hashemian K, comedy effect in reducing depression in schizophrenic patients, *Journal of Rehabilitation* No,2009;1(2): 88.[Persian].
 15. Atter parsaei F, Ordoshahi M, complication of abortion, tabriz university of medical sciences, 2000;1: 19.53.93.[Persian].
 16. Reyhani M, Khoshrang F, Rezai B, Enjezab B. The effect of telephone counseling on health information of Mothers regarding the development of less than five years old children in Isfahan. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 16(7): 585-588 [persian].
 17. Bastani F, Hosseini RS, Javanbakhtian Ghahfarokhi R, The effect of group discussion and telephone counselling on perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease, *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 2012; 1(1): 61-72. [persian].
 18. Khakbazan G, et al. Evaluation of telephone counseling on quality of life in postpartum women with vaginal delivery in Razi hospital in Marand city. *Midwifery master's thesis*, Mahrand: School of Nursing and Midwifery, Tehran University,2007. [Persian].
 19. Azizi M. Effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women. *midwifery MSc dissertation*,Tehran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 2010. [Persian].
 20. Park EJ. Telehealth technology in case/disease management. *Lippincotts Case Manag*. 2006; 11(3): 175-82.
 21. Azkhosh M. Use of psychological tests and clinical diagnosis, Fourth edition, Tehran: Psychology Press, 2009. [Persian].
 22. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal Anxiety Disord*.1991; 5: 213-23.
 23. Antonio J, Vázquez Morejóna c, Raquel Vázquez-Morejón Jiménez, Bellido Zanina G. Beck Anxiety Inventory: Psychometric Characteristics in a Sample from the Clinical Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology*. 2014;(17):0-11.
 24. Osman A, Hoffman J, Barrios FX, Kopper BA, Breitenstein JL,Hahn SK. Factor structure, reliability, and validity of the BeckAnxiety Inventory in adolescentpsychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*.2002; 58(4): 443–456.
 25. Beck A,Steer R,Garbin. psycometric properties of the beck depression inventory.clinical psycology reviw. 1988;8 (77):100.
 26. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal Anxiety Disord*.1991; 5: 213-23.

27. Kaviani H, Psychometric properties of the questionnaire modulate anxiety in the population age and sex classes, *Journal of Medicine Tehran University of Medical*, 2008; May: 140-136. [Persian].
28. Rahbar N, et al, The relationship between spontaneous abortion and public health, *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 2010; 12 (7): 13.
29. Ingrid, et.al. 1-year lonitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *american society for reproductive medicine*.2010; 93.
30. Biggs MA, John M, Neuhaus, Diana G, Foster. Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States. *American Journal of Public Health*, 2015; 105(12): 2557-2563.
31. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J* 2011;364(4):332–339.
32. Ingrid H, Lok. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*.2007;21(2): 229-247.
33. Gould H, Perrucci A, Barar R, Sinkford D, Foster DG. Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States. *Women's Health Issues*. 2012; 22(4): 359–364.

The study of the consultation effect on depression and anxiety after legal abortion

Hajnasiri H¹ (MSc), Behbodimoghddam Z² (PhD), Ghasemzadeh S³ (PhD), Ranjkesh F⁴ (MSc), *Geranmayeh M⁵ (PhD)

1-Instructor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2-Associate Professor, pregnancy health Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Instructor, Psychology Department, School of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

4- Instructor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

5- Instructor, pregnancy health Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: mz_geranmayah@yahoo.com

Abstract

Introduction: legal abortion, as a negative pregnancy-related event, affects the individual and social aspects of an individual's life and lead to a reduction in the quality of life, depression and anxiety. the aim of the present study was to examine the impact of counseling on depression and anxiety following legal abortion.

Methods: 120 pregnant women, with a permit to conduct legal abortion, who had visited the Educational and Medical Center of Kosar in Qazvin in the years 2013 and 2014, participated in this semi-empirical study. The sample was divided into control (observation and recoding information) and intervention groups (face-to-face individual counseling before abortion and weekly follow-up telephone calls for eight weeks). For the purpose of randomization, the even days were dedicated to the control group and the odd days to the intervention group. After obtaining participants' consent, the personal information and pregnancy questionnaires were distributed among both groups and filled out. The samples were studied before and two months after abortion using the depression and anxiety questionnaires, and finally the two groups were compared. The data was analyzed using SPSS-16 software and Chi squared test, Fisher's exact test, paired T test and independent T test. The significance level of $p < 0.05$ was taken into account in this study.

Results: The findings of this study show mean anxiety scores of 24.72 ± 11.05 and 22.76 ± 12.67 for interference group and control group respectively, before the intervention; and $p = 0.412$. However, two months after the interference, the anxiety score increased to 1.10 ± 1.70 ($p < 0.0001$) in the interference group and in the control group it rose to 11.66 ± 7.76 ($P < 0.001$). The mean depression scores of the two groups before the interference were not homogenous ($P = 0.028$), and therefore, the mean difference in reduction in the depression scores of the two groups in interference and control groups was calculated and the following significant results were obtained respectively: 12.56 ± 9.64 , 4.42 ± 6.89 and $p = 0.0001$.

Conclusion: It seems that counseling services after abortion can reduce the amount of depression and anxiety, and follow-up consultation services can be effective in enhancing women's health.

Key Words: Consultation, Depression, Anxiety, Legal abortion.

Received: 3 January 2016

Accepted: 15 March 2016