

تأثیر برنامه مراقبت حمایتی بر داغدیدگی در زنان با سقط زودرس

ناهید گلماکانی^۱، مریم احمدی^{۲*}، دکتر نگار اصغری پور^۳، دکتر حبیب‌الله
اسماعیلی^۴

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۳

خلاصه

مقدمه: شکست در انجام وظایفی همچون تولید مثل، منجر به کاهش اطمینان به خود و تشدید فرآیند داغدیدگی می‌شود. برنامه مراقبت حمایتی بر تجربیات زن از سقط، برگشت به زندگی عادی و نگرانی در مورد حاملگی بعدی تأکید می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبت حمایتی بر داغدیدگی در زنان با سقط زودرس انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۶۰ زن دچار سقط بستری در بخش زنان بیمارستان‌های ام البنین (س)، امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد انجام شد. برای زنان گروه مداخله، سه جلسه آموزشی مبتنی بر تئوری سوانسون برگزار شد. در گروه کنترل، مراقبت‌های معمول بخش انجام شد. قبل از مداخله، ۴ و ۸ هفته پس از سقط، پرسشنامه داغدیدگی پس از سقط توسط زنان هر دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون‌های تی مستقل، من ویتنی، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، کای اسکوئر و دقیق کای اسکوئر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره داغدیدگی زنان گروه مداخله، در هر دو مرحله ۴ هفته و ۸ هفته بعد از سقط زنان به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان گروه کنترل بود ($p < 0/001$). بر اساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، طی مراحل مختلف سنجش داغدیدگی، تفاوت نمره زنان گروه مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، ولی در گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p = 0/899$).

نتیجه‌گیری: برنامه مراقبت حمایتی مبتنی بر تئوری سوانسون، می‌تواند داغدیدگی زنان دچار سقط را کاهش دهد.

کلمات کلیدی: حمایت، داغدیدگی، زنان، سقط، مراقبت حمایتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم احمدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: ahmadim931@mums.ac.ir

مقدمه

سقط خودبه خود، روندی پاتولوژیک است که منجر به ختم ناخواسته حاملگی قبل از هفته ۲۰ بارداری می‌شود (۱). سالانه بالغ بر ۲۱۰ میلیون حاملگی و ۲۲٪ سقط رخ می‌دهد که ۹۹٪ سقط خودبه خودی و بیش از ۸۰٪ در سه ماهه اول حاملگی است (۲). اهدائی وند (۲۰۰۲) آمار سقط در ایران را حدود ۸۰ هزار مورد در هر سال گزارش کرد (۳).

سقط، یک رویداد مهم زندگی است که با عوارض پس از سانحه طولانی مدت بر زن، شریک زندگی او و دیگر اعضای خانواده‌اش شناسایی شده است (۴). از دست دادن جنین می‌تواند اثرات مخربی بر سلامت زن و همسرش داشته باشد (۵). هرچند سقط جنین عوارض جسمی و حتی مرگ را به همراه دارد و گاه عوارض ناشی از درمان و حساسیت دارویی سلامت زن را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد، اما به نظر می‌رسد عوارض روانی ناشی از سقط جنین تأثیر بنیادی‌تری از جمله نگرانی در مورد حاملگی بعدی بر زندگی زنان داشته باشد (۶). سقط یک مرگ واقعی در نظر گرفته نمی‌شود و هیچ مراسم اجتماعی برای آن وجود ندارد (۷). در آمریکا، به زنانی که به دنبال سقط فرزند خود را از می‌دهند، اجازه داده می‌شود قبل از این که به فعالیت‌های عادی برگردند، دوره کوتاهی عزاداری کنند. از دست دادن یک فرد با ارزش بر روی اعتماد به نفس تأثیری ندارد، در حالی که در سوگ پری‌ناتال، این شکست در بارداری بعدی تأثیر دارد. عوامل مداخله کننده در ارتباط با از دست دادن پری‌ناتال از قبیل احساس شکست بیولوژیکی، احساس انزوا و عدم درک و حمایت زن، فرد را در معرض خطر بیشتری برای اندوه پیچیده قرار می‌دهد (۸). در مطالعه کروس و همکاران (۲۰۰۴)، تروما و سوگ توسط زنان سقط کرده گزارش شد (۹). در مطالعه دیبائی و همکار (۲۰۰۸) ۵۰/۵٪ زنان متعاقب سقط دچار احساس افسردگی و پشیمانی شده بودند. زنانی که دچار سقط می‌شوند، گرفتار واکنش سوگواری فوق‌العاده شدیدی می‌شوند. مهم‌ترین پاسخ با احساس افسردگی و تأثیرات منفی هیجانی مشخص می‌شود (۱۰).

داغدیدگی از نظر لغوی به از دست دادن شخص مورد علاقه به علت مرگ اطلاق می‌شود و سوگواری بودن را می‌رساند (۱۱). واکنش‌های روانی داغدیدگی شامل بی‌حالی، بی‌ایمانی، گناه، سرزنش خود، عصبانیت، کناره‌گیری از جمع، اشتیاق و جستجو برای متوفی می‌باشد (۱۲). داغداری باعث بروز علائم افسردگی می‌شود، تفکیک واکنش‌های طبیعی سوگ از اختلال افسردگی اساسی ضروری است. اگر علائم دوره افسردگی اساسی ظرف ۲ ماه از فوت یکی از عزیزان شروع شود و بیشتر از ۲ ماه پس از فوت متوفی ادامه نیابند، ناشی از داغدیدگی تلقی می‌شوند، مگر اینکه علائم موجب تخریب بارز عملکرد شده و یا با اشتغال خاطر مرضی با بی‌ارزشی، افکار خودکشی، علائم روان پریشی یا کندی روانی - حرکتی همراه باشند (۱۱). مطالعه بوتل و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد داغدیدگی یک عامل خطر اصلی برای بیماری‌های جسمی، افسردگی و اضطراب می‌باشد (۱۳) و احتمال ابتلاء به بیماری‌های قلبی و مرگ و میر را افزایش می‌دهد (۱۲).

از آنجا که واکنش‌های سوگ ممکن است به اختلال افسردگی یا سوگواری بیمارگونه تبدیل شود، جلسات مشاوره اختصاصی برای افراد داغدیده اغلب مفید واقع شده و سوگ درمانی به طرز فزاینده‌ای به یک مهارت مهم تبدیل می‌شود (۴). مشاوره شکلی از کمک به افراد است که به‌صورت اصولی و علمی انجام می‌شود و بیشترین تأثیر مثبت را در مراجعه کننده به‌وجود می‌آورد (۱۴). نیکسویک و همکاران (۲۰۰۷) در خصوص تأثیر مداخلات روانی بر زنان بعد از سقط نتیجه گرفتند که زنانی که تحت مشاوره پس از سقط قرار می‌گیرند، سطوح اضطراب و خودسرزنی آنها کاهش می‌یابد (۱۵). در این خصوص، ماما نه تنها نیاز به دانش و مهارت تعامل با انسان‌ها دارد، بلکه به مهارت پایه‌ای مشاوره نیز احتیاج دارد تا بتواند با زنی که دچار اضطراب، ترس، نگرانی مشخص یا نامشخص است، یک برنامه مراقبتی مؤثر مشاوره و حمایت مطلوب را اجرا نماید (۱۶). در مطالعه کالی و همکاران (۲۰۰۲) دانش دریافت شده از طرف ماما به والدین برای قبول کردن روش‌های مختلف عزاداری کمک کرد (۱۷).

نوزاد و کودک از مسئولیت‌های مامایی است، مطالعه حاضر با هدف تأثیر برنامه مراقبت حمایتی بر داغدیدگی در زنان با سقط زودرس انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو گروه (مداخله و کنترل) با پیش‌آزمون و پیگیری می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۶۰ نفر از زنان با سقط خودبه‌خودی که در بخش زنان بیمارستان‌های امام رضا (ع)، ام‌البنین (س) و قائم (عج) مشهد بستری بودند، انجام شد. ۶۰ زن که به علت سقط بستری شده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی وارد پژوهش شدند، سپس به‌صورت تصادفی و با استفاده از بلوک‌های دوتایی به گروه مداخله یا کنترل تقسیم شدند. با توجه به کمی بودن متغیر وابسته، جهت محاسبه حداقل حجم نمونه از فرمول "مقایسه میانگین دو جامعه مستقل" استفاده شد. برای به‌دست آوردن پارامتر داغدیدگی، مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از زنان (۱۰ زن در هر کدام از دو گروه) انجام شد. حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۲۶ نفر در هر گروه برآورد شد که با در نظر گرفتن ریزش، ۳۰ نفر در هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. ضمناً در این مطالعه ریزش نمونه وجود نداشت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل جهت شرکت در مطالعه، داشتن سن ۱۸-۳۵ سال، خواسته بودن حاملگی، سقط خودبه‌خودی زیر ۲۰ هفته، قرار داشتن مادر در دوره بعد از سقط، رخ دادن دفع کامل محصولات بارداری (تشخیص قطعی سقط با سونوگرافی)؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل: سقط درمانی، سقط عاداتی، سقط جنائی، سابقه نازایی، مشکلات روان‌پزشکی و انصراف یا عدم تمایل به ادامه همکاری در هر زمانی از مطالعه بود. ابزارهای مطالعه حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات فردی - بارداری و پرسشنامه سنجش اندوه- داغدیدگی پس از سقط^۱ بود. پرسشنامه اطلاعات فردی- بارداری مشتمل بر ۸ سؤال چند گزینه‌ای در مورد سن زن، سطح تحصیلات زن، شغل زن، سطح درآمد خانواده،

در حال حاضر یک برنامه مشاوره و مراقبتی پرستاری بر مبنای مفهوم تئوری مراقبتی سوانسون برای زنان با سابقه سقط جنین ارائه شده است (۱۸). تئوری سوانسون تأکید بر مشاوره ماما بعد از سقط دارد (۱۵) و به ۵ فرآیند پرداخته است که شامل: دانستن، بودن با (سهیم شدن در احساس)، انجام دادن برای (کمک به بهبودی فرد)، توانمندسازی و حفظ باور (پیشگیری از عود) است (۱۸). هدف از انتخاب مشاوره ساختارمند در این مطالعه، ساختار پیشنهادی این تئوری است، زیرا این تئوری مقوله مراقبت را در حفظ باورهای پایه فرد به تصویر کشیده است، همچنین به شناخت از واقعیت‌های دیگری، ایجاد حس همراهی و ارائه خدمات کمک می‌کند و اهداف مورد نظر دنبال می‌گردد (۱۹). در این مشاوره، بر روی تجربیات خود زن از سقط، چیزی که از دست داده و سهیم شدن در آن، احساس فعلی، برگشت به زندگی عادی، دغدغه و نگرانی در مورد حاملگی بعدی، تأکید می‌شود. نگرش ماما متأثر از تئوری سوانسون است و بر اساس آن ماما اجازه می‌دهد بیمار از نظر احساسی خودش را پیدا، آماده و درمان کند (۲۰). پژوهشگران در مطالعات گذشته برای کاهش مشکلات روانی ناشی از سقط در زنان از مداخلات مختلفی از جمله: مداخله سوگ، مداخلات روانی و مشاوره حمایتی استفاده کرده‌اند که نتایج متفاوتی حاصل شده است. نتایج مطالعه نیکسویک و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد، زنانی که بعد از سقط تحت مشاوره پس از سقط قرار می‌گیرند، سطوح اضطراب و خودسرزنی آنها کاهش می‌یابد (۱۵). در مطالعه مورای و همکاران (۲۰۰۰) نیز مداخله سوگ باعث کاهش پریشانی‌های روانی و تسهیل آن شد (۲۱)، اما در مطالعه کنگ و همکاران (۲۰۱۴) دیسترس روانی زنان بعد از مشاوره حمایتی اختلاف معنی‌داری نداشت (۲۲). بنابراین هنوز شواهد کافی دال بر تأثیر یک برنامه مراقبتی مؤثر مشاوره بر بهبود سلامت روان زنان بعد از سقط در دسترس نیست، از طرفی ممکن است واکنش اندوه و داغدیدگی، ماه‌ها یا حتی سال‌ها در یک فرد باقی بماند (۲۳) و از آنجا که بر اساس شرح وظایف مدون مامایی، آموزش و مشاوره در صدمات عاطفی به مادر و خانواده نظیر از دست رفتن جنین،

¹ Perinatal bereavement grief scale

دفعات حاملگی، دفعات زایمان، دفعات سقط و تمایل به بارداری مجدد در آینده بود. پرسشنامه اندازه‌گیری داغدیدگی پس از سقط شامل ۱۵ سؤال چند گزینه‌ای است که ۷ سؤال مربوط به از دست دادن بارداری، ۷ سؤال مربوط به از دست دادن بچه و یک سؤال مربوط به عوارض جسمی می‌باشد. نحوه نمره‌دهی با استفاده از مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت و شامل "اصلاً یا به ندرت (کمتر از یک روز) (منظور احساسات و افکاری را که مادر طی هفته گذشته داشته) نمره ۱"، "برخی اوقات (۲-۱) روز) نمره ۲"، "متوسط اوقات (۳-۴) روز) نمره ۳" و "بیشتر اوقات (۵-۷) روز) نمره ۴" بود. محدوده نمره کل این پرسشنامه ۶۰-۱۵ می‌باشد (۱۲). روایی محتوای دو ابزار فوق توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد بررسی و تأیید شد. پایایی پرسشنامه داغدیدگی پس از سقط به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب همبستگی آلفای کرونباخ ($r=0/85$) تأیید شد.

در گروه مداخله یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر بلافاصله بعد از سقط در زمان بستری در بیمارستان با محتوای زیر برگزار شد. این جلسه مبتنی بر تئوری سوانسون و شامل ۳ مرحله زیر بود: ۱- درک شرایط بالینی و وضعیت فرد^۱ (۱۵ دقیقه): این مرحله آنچه که بیمار تاکنون برایش اتفاق افتاده، تجربه شخصی وی از سقط و چیزی که از دست داده، بیان می‌کند. ۲- سهیم شدن در احساساتش و پذیرفته شدن از طرف ماما^۲ (۱۵ دقیقه): در صورت امکان و تمایل زن، دیدن جنین مرده و انتخابی اسمی برای او، این مرحله ماما با زن در احساساتش شریک شده، با او همدلی می‌کند و تلفن تماس خود را در اختیارش می‌گذارد. ۳- کمک به بهبودی و استقلال بیمار^۳ (۳۰ دقیقه): در این مرحله ماما اطلاعاتی در مورد روند اندوه، سقط و علل آن، پیش‌آگهی برای حاملگی‌های بعدی و مواجهه با خطر سقط، روش‌های جلوگیری از بارداری به صورت موقت، زمان شروع روابط جنسی، تأکید بر مصرف مکمل‌ها و بهداشت فردی در اختیار زن می‌گذارد. در پایان جلسه، معرفی و

آموزش تکنیک آرام‌سازی، بیان چگونگی تأثیر و فواید آن، در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی و سی دی صوتی آرام‌سازی و فرم ثبت انجام تکنیک آرام‌سازی در منزل انجام شد. در نهایت تکنیک آرام‌سازی همراه با فرد انجام شد (۳۰ دقیقه). سپس جلسه دوم (یک هفته بعد از جلسه اول) به مدت ۹۰ دقیقه که شامل ۲ مرحله زیر بود برگزار شد: ۴- کمک به بیمار جهت تسهیل و عبور از روند اندوه و کمک به تصمیم‌گیری^۴: پژوهشگر در ابتدا به بررسی شرایط روحی و جسمی فرد و نحوه انجام تمرینات جلسه قبل پرداخت (۱۵ دقیقه). در این مرحله از فردی با سابقه سقط و یک بارداری موفق بعد از آن دعوت شد تا تجربیات خود را از سقط و بارداری مجددش بیان کند (۱۵ دقیقه). ۵- حفظ عقیده و باور جهت روبه‌رو شدن با آینده^۵: در این مرحله آموزش مهارت‌های معنوی و روش‌های مقابله‌ای مذهبی-معنوی شامل: تقویت ارتباط با خداوند، اختصاص زمانی برای عبادت و نیایش، پیامدها و فواید توکل، صبر و بردباری، بخشش و گذشت و ذکر در زندگی، معنی مثبت دادن به تجربیات مختلف زندگی، امید داشتن به رحمت خداوند، رفتن به اماکن مذهبی، کمک به مردم به خصوص نیازمندان و گرفتاران، استفاده از طبیعت، با نشان دادن اسلاید انجام شد (۳۰ دقیقه). پایان جلسه، تکنیک آرام‌سازی انجام شد (۳۰ دقیقه). مشاوره به صورت چهره به چهره، فردی، پرسش و پاسخ، نمایش اسلاید و ارائه پمفلت در انتهای هر جلسه بود. یک جلسه تلفنی نیز جهت پاسخ‌گویی به سؤالات فرد، یک هفته بعد از جلسه دوم در نظر گرفته شد. در گروه کنترل، مداخلات معمول بخش، در زمان بستری انجام و در زمان تکمیل پرسشنامه به سؤالات احتمالی ایشان پاسخ داده شد. تمام افراد دو گروه پرسشنامه داغدیدگی را در زمان‌های قبل از مداخله، ۴ و ۸ هفته بعد از سقط تکمیل کردند.

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی شامل کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کسب رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از زنان شرکت‌کننده رعایت شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری

¹ Knowing

² Being with

³ Doing for

⁴ Enabling

⁵ Maintaining belief

یافته‌ها

میانگین سن زنان در گروه مداخله $28/9 \pm 5/5$ سال و در کنترل $28/4 \pm 6/0$ سال بود که بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، بین دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/744$). سایر مشخصات فردی و بارداری واحدهای پژوهش و نتیجه همگنی آنها در دو گروه در جدول ۱ آمده است.

SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آمار توصیفی (برای خلاصه کردن داده‌ها) و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، تی مستقل، من ویتنی، تی زوجی، تحلیل واریانس با اندازه-های تکراری، کای اسکوئر، تست دقیق فیشر، دقیق کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب مشخصات فردی - بارداری در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	متغیر		
	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۳ (۱۰/۰)	۷ (۲۳/۳)
	راهنمایی	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)
	متوسطه	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)
	عالی	۱۲ (۴۰/۰)	۷ (۲۳/۳)
	کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
شغل زن	خانه دار	۲۰ (۶۶/۷)	۲۴ (۸۰/۰)
	شاغل	۹ (۳۰/۰)	۵ (۱۶/۷)
	محصل	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
	کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
سطح درآمد خانواده	در حد کفاف (دخل برابر خرج)	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰/۰)
	بیشتر از حد کفاف	۱۶ (۵۳/۳)	۱۸ (۶۰/۰)
	کمتر از حد کفاف	۷ (۲۳/۳)	۳ (۱۰/۰)
	کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
دفعات حاملگی	صفر	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۶/۷)
	یک	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰/۰)
	دو	۱۲ (۴۰/۰)	۶ (۲۰/۰)
	سه و بیشتر	۶ (۲۰/۰)	۱۰ (۳۳/۳)
کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	
دفعات زایمان	صفر	۱۶ (۵۳/۳)	۱۵ (۵۰/۰)
	یک	۹ (۳۰/۰)	۷ (۲۳/۳)
	دو	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)
	سه	۰ (۰/۰)	۴ (۱۳/۳)
کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	
تعداد سقط	صفر	۱۵ (۵۰/۰)	۲۰ (۶۶/۷)
	یک	۱۳ (۴۳/۳)	۵ (۱۶/۷)
	دو	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)
	کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
تمایل به بارداری مجدد در آینده	بلی	۲۷ (۹۰/۰)	۲۴ (۸۰/۰)
	خیر	۳ (۱۰/۰)	۶ (۲۰/۰)
	کل	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

*آزمون دقیق کای اسکوئر، **آزمون کای اسکوئر، ***آزمون دقیق فیشر

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، در مرحله قبل از مداخله بین میانگین نمره داغدیدگی زنان دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/456$). اما بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، در مرحله ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره داغدیدگی زنان در دو گروه وجود داشت ($p<0/001$). همچنین بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، بین میانگین نمره داغدیدگی زنان گروه مداخله بر حسب زمان سنجش آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p<0/001$)، ولی این تفاوت در گروه کنترل از نظر

آماري معنی‌دار نبود ($p=0/899$) (جدول ۲). بر اساس نتایج آزمون تی زوجی در مقایسه دو به دوی مراحل اندازه‌گیری داغدیدگی در زنان گروه مداخله، تفاوت میانگین نمره داغدیدگی در ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله ($p<0/001$)، ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله ($p<0/001$) و ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به ۴ هفته بعد از آن ($p<0/001$) از نظر آماری معنی‌دار بود، اما در گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری بین مراحل مختلف سنجش داغدیدگی وجود نداشت ($p=0/899$).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره داغدیدگی زنان مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	کنترل انحراف معیار ± میانگین	مداخله انحراف معیار ± میانگین	میانگین نمره داغدیدگی
$p=0/456, df=58, t=0/7$	۴۱/۸±۹/۳	۴۳/۶±۹/۶	قبل از مداخله
$p<0/001, df=58, t=6/9$	۴۱/۵±۷/۸	۲۸/۲±۶/۹	۴ هفته بعد از مداخله
$p<0/001, df=58, t=14/4$	۴۱/۹±۷/۵	۱۹/۵±۳/۸	۸ هفته بعد از مداخله
$p<0/899, F=0/8, df=1$		$p<0/001, F=40/6, df=1$	نتیجه آزمون

*آزمون تی مستقل، **آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری

بر اساس نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نیز بین هر دو متغیر سطح درآمد خانواده ($r= -0/413, p=0/023$) و تعداد دفعات حاملگی ($r= -0/524, p=0/003$) با داغدیدگی ارتباط معکوس و معنی‌دار و بین متغیر سطح تحصیلات زن ($r=0/367, p=0/046$) با داغدیدگی ارتباط آماری مستقیم و معنی‌داری وجود داشت.

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبت حمایتی بر داغدیدگی در زنان با سقط زودرس انجام شد، میانگین نمره داغدیدگی زنان گروه مداخله به صورت معنی‌داری کمتر از زنان گروه کنترل بود.

نتیجه مطالعه سوانسون و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان "برطرف کردن اندوه و داغدیدگی در طول سال اول بعد از سقط: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده شاهددار" نشان داد، مشاوره تأثیر مثبتی در برطرف کردن اندوه و داغدیدگی طی سال اول بعد از سقط دارد (۲۴) که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. از علل

همخوانی آن می‌توان به استفاده هر دو مطالعه از تئوری سوانسون جهت مشاوره دادن به زنان اشاره کرد، زیرا این تئوری، یک تئوری مراقبتی دامنه متوسط^۱ است که راهنمای حساس و مؤثری برای مراقبت بالینی از زنانی است که تجربه سقط داشته‌اند و دارای ۵ مرحله فرآیند مراقبتی- درمانی (شامل: درک وضعیت فرد، سهیم شدن در احساسات، کمک به بهبودی بیمار، کمک به بیمار جهت تسهیل عبور از روند اندوه و حفظ عقیده و باور) است که ارائه مشاوره در قالب این مراحل می‌تواند به تسهیل و تسریع کنار آمدن با اندوه و داغدیدگی پس از سقط کمک کند (۱۹). در همین زمینه، نتایج مطالعه آدولفسون (۲۰۱۱) تحت عنوان "بهبود احساس خوب بودن زنان بعد از سقط فراموش شده با حمایت فعال بیشتر و کاربرد تئوری مراقبتی سوانسون" نشان داد که استفاده از تئوری سوانسون جهت مراقبت و مشاوره به زنان دچار سقط، تجربه احساس خوب بودن آنها را

¹ Middle Range Caring Theory

تسهیل روند اندوه می‌شود (۲۷). در این مشاوره، بر روی تجربیات خود زن از سقط، چیزی که از دست داده و سهمیم شدن در آن، احساس فعلی، برگشت به زندگی عادی، دغدغه و نگرانی در مورد حاملگی بعدی، تأکید می‌شود. نگرش ماما متأثر از تئوری سوانسون است و بر اساس آن ماما اجازه می‌دهد بیمار از نظر احساسی خودش را پیدا، آماده و درمان کند (۲۰) تا بتواند با فقدان و استرس وارد آمده سریع‌تر کنار آید و داغدیدگی که در اثر آن به‌وجود آمده را کاهش دهد تا زن بتواند سلامت جسمی و روانی خود را حفظ کند و هرچه زودتر به روند طبیعی و معمول زندگی خود بازگردد.

در خصوص رابطه متغیر سطح تحصیلات با نمره داغدیدگی اگرچه مطالعه مشابهی در این خصوص یافت نشد، ولی معمولاً چون زنان با تحصیلات بالاتر ممکن است به دلیل مشغلات درسی و کاری در سنین بالاتر باردار شوند و تعداد فرزند کمتری نیز داشته باشند، لذا از دست دادن فرزند تأثیر منفی بیشتری بر آنها می‌گذارد و طی کردن روند داغدیدگی ممکن است بیشتر طول بکشد. در خصوص سطح درآمد نیز، چون افراد با درآمد پایین، در صورت از دست دادن فرزند خود، امکان کمتری برای استفاده از راه‌های نوین بارداری و پیگیری‌های درمانی لازم جهت بارداری آینده دارند، بنابراین ممکن است داغدیدگی آنها طولانی‌تر و بیشتر باشد. در خصوص تعداد دفعات حاملگی نیز، چون افرادی که دفعات بیشتری حاملگی را تجربه کرده‌اند، ممکن است به این باور رسیده و امیدوارتر باشند که امکان بیشتری برای بارداری آنها در آینده فراهم است، لذا ممکن است به زمان کمتری جهت کنار آمدن با سوگ از دست دادن فرزند خود نیاز داشته باشند. البته جهت بررسی دقیق‌تر این عوامل به مطالعات بیشتری به‌صورت توصیفی و همبستگی نیاز است.

امکان کنترل دقیق واحدهای پژوهش از نظر صحبت با اطرافیان و دوستانی که ممکن است تأثیر منفی بر سلامت روان زنان داشته باشند (با طعنه زدن، تمسخر و ...)، در مدت زمان بین جلسات مشاوره و پیگیری‌ها وجود نداشت که این از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

افزایش می‌دهد و همچنین از سایر منابع حمایتی نیز می‌توانند به خوبی استفاده کنند (۱۵). لذا با توجه به اثرات مثبت مشاوره ساختارمند مبتنی بر تئوری سوانسون، در مطالعه حاضر میزان داغدیدگی زنان گروه مداخله به‌صورت معنی‌داری کاهش یافت. اهمیت مشاوره برای زنان پس از سقط بسیار ضروری‌تر از مردان است، زیرا نتایج مطالعات گذشته نشان می‌دهد که بسیاری از مردان در همان هفته‌های اول با سرگرم کردن خود با کارشان در اسرع وقت از عهده تحمل این ناراحتی برمی‌آیند (۲۵)، اما کنار آمدن با این مشکل خصوصاً برای زنانی که از لحاظ اجتماعی تنها هستند و آنهایی که روابط زناشویی شان فاقد صمیمیت می‌باشد، بسیار مشکل است و در طی ۶ ماه علائم روحی- روانی را بیشتر از خود بروز دادند (۱۶، ۲۵).

در مطالعه نیلسن و همکاران (۱۹۹۶) تحت عنوان "داغدیدگی، اندوه و عوارض روانی بعد از سقط خود به خودی سه ماهه اول"، نمره مقیاس آنالوگ بصری در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نشان نداد، اما بیمارانی که تحت درمان انتظاری قرار گرفتند، دیسترس روانی، اندوه و داغدیدگی کمتری از گروه مداخله داشتند، اما تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت (۲۶) که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. از علل عدم همخوانی آن می‌توان به تفاوت مقیاس‌های سنجش اندوه و داغدیدگی، تفاوت زمانی انجام دو مطالعه و تفاوت‌های فرهنگی و ژنتیکی محیط و افراد شرکت کننده در دو مطالعه اشاره کرد. همچنین یکی دیگر از علل عدم همخوانی، عدم ارائه مشاوره با استفاده از تئوری مراقبتی سوانسون است، با توجه به اینکه این تئوری جهت مراقبت از زنان دچار سقط معرفی شده است، بنابراین اگر مداخلات بر اساس این تئوری طرح‌ریزی شود، احتمالاً تأثیرات بهتر و بیشتری خواهد داشت که در مطالعه حاضر نیز این مسئله مشهود بود، زیرا ماما حضور عاطفی در کنار زن دارد، با وقار و احترام با زن برخورد می‌کند، در برخورد با نیازهای زن شایسته و ماهرانه عمل می‌کند. هدف ماما در تئوری مراقبتی سوانسون، علاوه بر ارائه اطلاعات واضح و روشن به زنان؛ کمک به فهم آن نیز می‌باشد که به نوبه خود باعث

نتیجه‌گیری

برنامه مراقبت حمایتی، داغدیدگی در زنان با سقط زودرس را کاهش می‌دهد، لذا می‌توان با در نظر گرفتن جلسات مشاوره ساختارمند بعد از سقط برای زنان به کاهش داغدیدگی آنها کمک کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مامایی و طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد

با کد ۹۴۰۸۷۷ می‌باشد که با کد IRCT2016022324469N1 در مرکز کارآزمایی-های بالینی ایران ثبت شده و مورد تأیید قرار گرفته است. بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و همچنین از تمامی اساتید دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، مسئولین بخش زنان بیمارستان‌های امام رضا (ع)، قائم (عج) و ام‌البنین (س) مشهد و بیماران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Berek JS, Novak E. Berek and Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 577-604.
2. Nikpour B, Majlessi F, Tol A, Eshraghi N. Assessment of induced abortions and its effective factors in comparison with spontaneous abortions among women refer to hospitals in south of Tehran. *Fam Health* 2013; 1(3):14-20. (Persian).
3. Ehdaiwand F. Evaluation of risk factors associated with abortion in hospital patients Ardabil. [Master Thesis]. Ardabil, Iran: Ardabil University of Medical Sciences; 2002. (Persian).
4. Lasker JN, Toedter LJ. Predicting outcomes after pregnancy loss: results from studies using the Perinatal Grief Scale. *Illness Cris Loos* 2000; 8(4):350-72.
5. DeBackere KJ, Hill PD, Kavanaugh KL. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2008; 37(5):525-37.
6. Kashanian M, Akbarian AR, Shabandoost SH. Pregnancy outcome following one previous spontaneous abortion. *Razi J Med Sci* 2004; 11(41):463-71. (Persian).
7. Bansen SS, Stevens RN. Women's experiences of miscarriage in early pregnancy. *J Nurse Midwifery* 1992; 37(2):84-90.
8. Worden JW. Grief counselling and grief therapy: a hand-book for the mental health practitioner. 2nd ed. New York: Springer Publications; 1991.
9. Kroth J, Garcia M, Hallgren M, LeGrue E, Ross M, Scalise J. Perinatal loss, trauma, and dream reports. *Psychol Rep* 2004; 94(3):877-82.
10. Dibaei A, Saadati N. A study of prevalence, demographic characteristics, causes and side effects of abortions in clients referred to hospitals of Ahwaz University. *Jundishapur Sci Med J* 2008; 7(1):12-22. (Persian).
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 847-56.
12. Ritsher J, Neugebauer R. Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment* 2002; 9(1):31-40.
13. Beutel M, Willner H, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996; 40(3):245-53.
14. Speraw SR. The experience of miscarriage: how couples define quality in health care delivery. *J Perinatal* 1994; 14(3):208-15.
15. Adolfsson A. Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory. *Psychol Res Behav Manag* 2011; 4:1-9.
16. Dickson N. A theory of caring for midwifery. *Aust Coll Midwives Inc J* 1997; 10(2):23-8.
17. Caelli K, Downie J, Letendre A. Parent's experiences of midwifery managed care following the loss of a baby in previous pregnancy. *J Adv Nurs* 2002; 39(2):127-36.
18. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res* 1991; 40(3):161-6.
19. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of the others. *Image J Nurs Sch* 1998; 25(4):352-7.
20. Ardekani ZB, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri-Ardekani H. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. *J Reprod Infertil* 2005; 6(4):299-320.
21. Murray JA, Terry DJ, Vance JC, Battistutta G, Connolly Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24(4):275-305.
22. Kong GW, Chung TK, Lok IH. The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage. *BJOG* 2014; 121(10):1253-62.
23. Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Berterö C. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women Int* 2004; 25(6):543-60.

24. Swanson KM, Chen HT, Graham CJ, Wojnar DM, Petras A. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *J Womens Health* 2009; 18(8):1245-57.
25. Forest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *Br Med J* 1982; 285(6353):1475-9.
26. Nielsen S, Hahlin M, Moller A. Bereavement, grieving and psychological morbidity after first trimester spontaneous abortion: comparing expectant management with surgical evacuation. *Hum Reprod* 1996; 11(8):1767-70.
27. Adolfsson A, Bertero C, Larsson PG. Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(3):330-5.
- 28.

Archive of SID