

The effect of an intervention based on the Warden's principles on the level of grief in mothers with pregnancy loss

Mahmonir Hgigi¹, Khatereh Oladbaniadam², Hamideh Mohaddesi³, Javad Rasuli⁴

1. Assistant professor, Psychiatrist, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5683-0925

2. M.Sc. student of Counselling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran., (Corresponding Author), Tel: 044-32756449, E-mail: oladbaniadam@Gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-1972-0900

3. Assistant professor, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6257-0605

4. Assistant professor, Department Of epidemiology and biostatistics, School of medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1467-9969

ABSTRACT

Background and Aim: Grief counseling in the parents with pregnancy loss can lead to feelings of support and security when experiencing painful feelings and can pave the way for completing the grief process. The present study aimed to determine the effect of an intervention based on Warden's principles on the severity of grief in the mothers with pregnancy loss.

Material and Methods: In this clinical trial we used availability sampling method and 100 mothers who had lost their pregnancy in Urmia in 2018 were entered into the study. The participants were divided into intervention and control groups by randomized block design. The intervention group attended 6 sessions of intervention based on Warden's counseling principles and the control group received usual care. Data were collected using Perinatal Grief Scale in two stages (pre-test and post-test) and were introduced into SPSS-22 software. Chi-square, Fisher exact test, paired t-test and independent t-test were used for data analysis. Significance level was considered less than 0.05.

Results: There were no significant differences between the two groups in regard to the mean scores of total Perinatal Grief Scale and all of its different aspects before intervention. But the results of the Post-test of the intervention group revealed a significantly lower score compared to the scores of the control group and also pretest scores of the intervention group.

Conclusion: Intervention based on Warden's counseling principles in women with early and late pregnancy loss reduces the severity of mourning and relieves its symptoms more rapidly and can facilitate the process of adjustment in these mothers.

Keywords: Counseling, Grief, Pregnancy loss, Warden's principles

Received: Sep 30, 2019

Accepted: Dec 4, 2019

How to cite the article: Mahmonir Hgigi, Khatereh Oladbaniadam, Hamideh Mohaddesi, Javad Rasuli. The Effect of an Intervention Based on the Warden's Principles on the Level of Grief in Mothers with Pregnancy Loss. SJKU. 2019;25 (3) 31-43.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

تأثیر یک مداخله مبتنی بر اصول واردن بر شدت سوگ مادران با بارداری از دست رفته

ماه منیر حقیقی^۱، خاطره اولاد بنی آدم^۲، حمیده محدثی^۳، جواد رسولی^۴

۱. استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۶۸۳-۰۹۲۵

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۶۴۴۹، پست الکترونیک: oladbaniadam@gmail.com، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۹۷۲-۰۹۰۰

۳. استادیار، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۲۵۷-۰۶۰۵

۴. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۴۶۷-۹۹۶۹

چکیده

زمینه و هدف: مشاوره سوگ در والدینی که دچار از دست دادن بارداری شده‌اند، می‌تواند به ایجاد احساس حمایت و امنیت در بروز احساسات دردناک و هموار شدن مسیر تکمیل فرآیند سوگ منجر شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر اصول واردن بر شدت سوگ مادران با بارداری از دست رفته انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی، در سال ۱۳۹۷ روی ۱۰۰ مادر که بارداری خود را از دست داده بودند، در شهر ارومیه انجام شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و تقسیم به دو گروه مداخله و کنترل با تخصیص تصادفی به روش بلوکه بندی انجام شد. گروه مداخله ۶ جلسه مشاوره فردی بر اساس اصول مشاوره واردن دریافت کردند. برای گروه کنترل مراقبت‌های معمول اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری بود که در دو مرحله به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۲ و آزمون‌های آماری کای دو، تست دقیق فیشر، تی زوجی، تی مستقل و کوواریانس با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کل پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری و همه ابعاد آن در هر دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. اما بعد از مداخله، در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود و نسبت به نمرات پیش‌آزمون گروه مداخله نیز کاهش معنی‌داری داشته است.

نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر اصول واردن در مادران با بارداری از دست رفته زودرس و دیررس موجب کاهش شدت سوگ و بهبودی سریع‌تر علائم آن می‌شود و می‌تواند به تسهیل فرآیند سازگاری در این مادران کمک نماید.

کلمات کلیدی: مشاوره، سوگ، از دست دادن بارداری، اصول واردن

وصول مقاله: ۹۸/۷/۸ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۸/۲۵ پذیرش: ۹۸/۹/۱۳

مقدمه

در حاملگی، والدین سفری را با سرمایه‌گذاری شخصی برای آینده‌ای با داشتن فرزند توأم با انتظار و امیدواری آغاز می‌کنند، با پیشرفت حاملگی، کم‌کم زندگی جدید و مورد انتظار تجربه می‌شود. برای اغلب زوجین شکل‌گیری پیوند و دل‌بستگی با جنین و نوزاد، بسیار لذت‌بخش است؛ ولی این واقعیتی تلخ است که همه کودکان زنده نمی‌مانند (۱). از دست دادن حاملگی (Pregnancy Loss) از نظر زمانی شامل دو گروه از دست دادن اولیه و مرگ پریناتال می‌باشد. منظور از دست دادن اولیه حاملگی پایان یافتن حاملگی قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات است. سقط جنین شایع‌ترین رویداد از دست دادن اولیه حاملگی است به طوری که در ۱۰ درصد حاملگی‌های شناخته شده رخ می‌دهد. مرگ پریناتال نیز به صورت از دست دادن حاملگی بعد از هفته ۲۰ بارداری تا ۲۸ روز پس از زایمان تعریف می‌شود (۲). هر سال بیش از ۶/۰۳ میلیون مرگ پریناتال در سراسر جهان رخ می‌دهد که تقریباً همه این میزان (۹۹ درصد) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که ۲۷ درصد از آن در کشورهای کمتر توسعه یافته رخ می‌دهد (۳). بر اساس گزارش‌های منتشر شده از سازمان یونسف در سال ۲۰۱۳ میلادی، متوسط پیش‌بینی میزان مرگ و میر نوزادان در ایران ۱۰/۳ در هر هزار تولد زنده است (۴). والدین ممکن است پس از تجربه‌ی از دست دادن حاملگی دچار افسردگی، اضطراب، اختلالات استرسی پس از سانحه، تحریک پذیری و افزایش خطر خودکشی شوند (۵). از دست دادن بارداری یک شاخص سلامت مهم برای زنان و خانواده‌های آنان است (۶). از نظر Ingrid و همکارش (۲۰۰۷) علائم روحی و روانی زنان دارای سقط مشابه وضعیت‌های روانی مادرانی است که نوزاد خود را از دست داده‌اند (۷). واکنش‌های غم‌انگیز والدین بلافاصله پس از دست رفتن حاملگی مستند شده‌اند و مشابه واکنش‌های بعد از فقدان افراد بزرگسال است، سوگ و واکنش مشترک والدین به از دست دادن بارداری است (۸). انجمن

روان‌پزشکی آمریکا در طبقه‌بندی اختلالات روانی سوگ را نوعی افسردگی بهنجار در پاسخ به مرگ و فقدان یک محبوب معرفی می‌کند (۹). مراحل سوگواری در از دست دادن بارداری شامل ضربه روحی اولیه، درد و رنج قابل پیش‌بینی، بحران از دست دادن، کارگاه درد و رنج، تکامل اندوه و واکنش‌های سالانه می‌باشد (۱۰).

علی‌رغم پیشرفت ارتقای سطح مراقبت‌های دوره بارداری، میزان حاملگی‌های نافرجام در جهان و ایران بالاست. از سویی مداخله‌های سازمان‌یافته با اثربخشی اثبات شده‌ای برای مراقبت و ریکاوری این مادران در همه جای دنیا وجود ندارد (۱۱). مشاوره تعاملی پویا بین مراجع و مشاور است که از آن طریق به مراجع کمک می‌شود تا پس از شناخت خود و مشکلش تصمیم معقول و مقبولی برای حل آن اتخاذ نماید (۱۳، ۱۲) و هدف آن در سوگ کمک به گذراندن راحت‌تر مراحل سوگ بهنجار است تا تکالیف سوگواری در چهار چوب زمانی مناسب انجام شده و هرگونه اشتغال ذهنی ناکام با متوفی برطرف شود. به عقیده‌ی Worden اصول مشاوره سوگ عبارت‌اند از: ۱) کمک به بازمانده برای پذیرش واقعیت فقدان (۲) حمایت از بازمانده برای بروز احساسات (۳) کمک به بازمانده برای سازگاری مجدد با زندگی بدون حضور متوفی (۴) تسهیل انتقال احساسات بازمانده از متوفی به دیگران (۵) عجله نکردن در کاهش غم و اندوه بازمانده (۶) شناساندن رفتارهای سوگ نرمال و کمک به پذیرفتن آن (۷) در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی در سوگواری هنگام مشاوره (۸) اعمال حمایت‌های لازم از بازمانده و (۹) شناساندن سوگ ناهنجار و کمک به رفع علائم آن (۱۴).

مشاوره سوگ در والدینی که دچار از دست دادن بارداری شده‌اند، می‌تواند به ایجاد احساس حمایت و امنیت در بروز احساسات دردناک و غم و اندوه و هموار شدن مسیر تکمیل فرآیند سوگ منجر شود (۱۵). مشاور می‌تواند با پیشنهاد فعالیت‌هایی به والدین از قبیل نام‌گذاری جنین، نوشتن تخیلات درباره نوزاد یا جنین از دست رفته مفهوم فقدان را

فوق‌الذکر و با تخصیص تصادفی به روش تصادفی سازی بلوکه بندی انجام شد. با استفاده از مطالعه Navidian و همکاران (۲۰۱۸)(۱۸) و در نظر گرفتن ده درصد ریزش، حجم نمونه برای هر گروه ۵۰ نفر و در کل ۱۰۰ نفر به دست آمد.

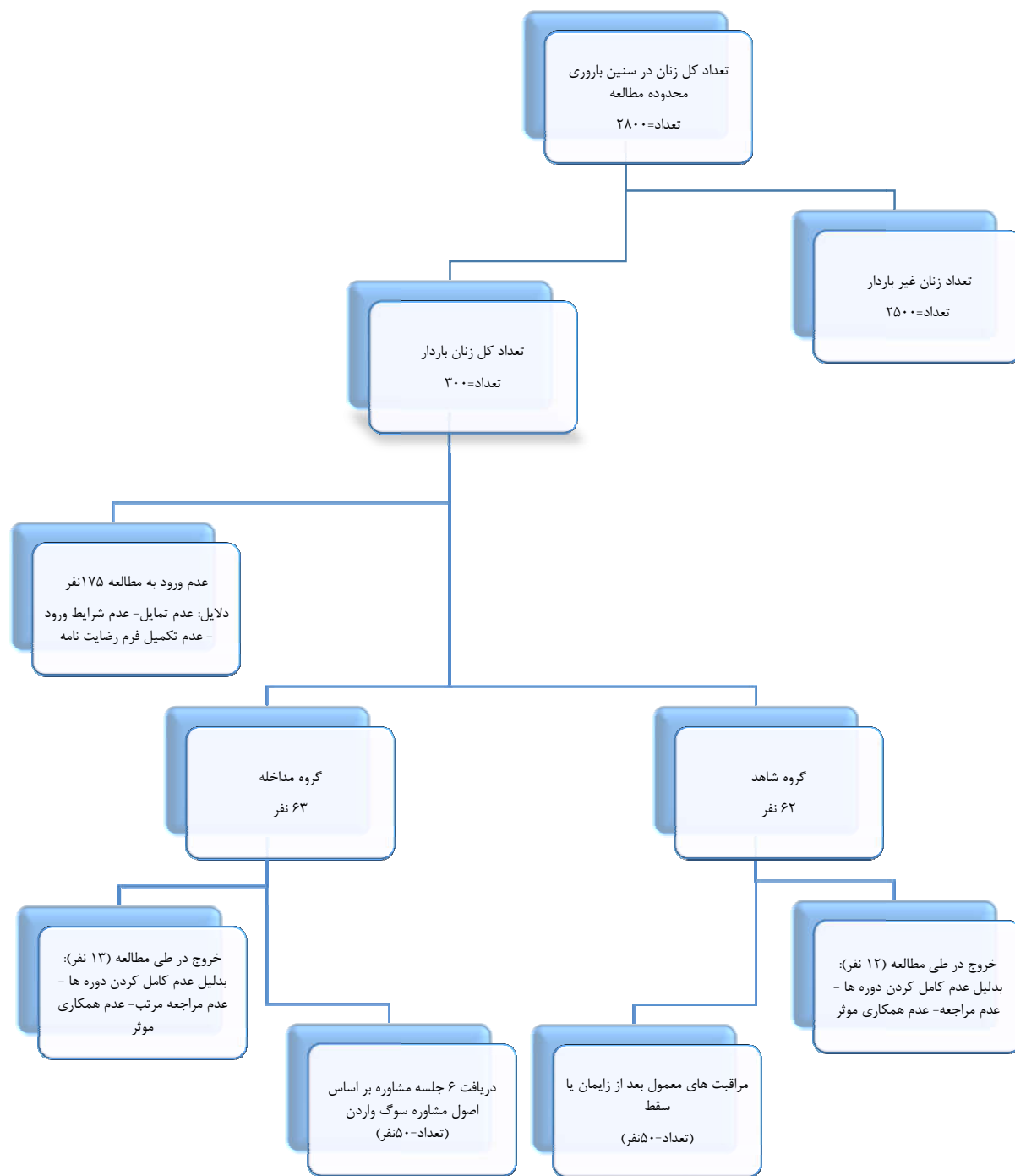
جهت تخصیص تصادفی تمام ترکیب‌های ممکن از بلوک‌های AAABBB لیست شد، برای هر یک از آن‌ها یک کد اختصاص داده شد و سپس به صورت تصادفی از بین این کدها ۲۰ کد انتخاب شد. کدها برای اطمینان از عدم وقوع سوگیری به صورت دوسوکور بودند. پس از انتخاب کدها بلوک‌های متناظر با هر کد انتخاب و در ادامه با توجه به ترکیب‌های موجود افراد وارد گروه‌های مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل: تمایل جهت شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تسلط به زبان فارسی یا آذری، ساکن ارومیه، سن ۱۸-۳۹ سال مادر، خواسته بودن بارداری، از دست دادن 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 سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Questionnaire)، عدم سابقه نازایی و دسترسی به تلفن بود، معیارهای خروج عبارت بودند از: وقوع حادثه‌ی استرس‌زا در طول اجرای طرح (مانند مرگ عزیزان، جدائی از همسر)، باردار- شدن مجدد، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مشاوره. نمودار فرآیند انتخاب و ورود داوطلبین برای شرکت در مطالعه در نمودار شماره ۱ آمده است.

برای آن‌ها قابل پذیرش و ملموس سازد و فرآیند سوگ را تسهیل کند(۱۶). خدمات مشاوره‌ای به والدین داغدار همچنین می‌تواند به صورت ارائه اطلاعات مکتوب درباره اندوه حاصل از فقدان بارداری به صورت پمفلت یا سی‌دی-های آموزشی باشد(۱۷).

با عنایت به اینکه در میان اعضای خانواده مادر به دلیل نزدیکی بیشتر به فرزند، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه‌دار شدن سوگ در وی بیش از سایر افراد خانواده است(۱۴) و اغلب در واحدهای آموزشی-بهداشتی و درمانی بیشتر تمرکز بر روی زنانی است که زایمان منجر به تولد نوزاد زنده داشته‌اند و زنانی که بارداری خود را از دست داده‌اند نادیده گرفته شده و به نیازهای عاطفی و روانی این زنان کمتر توجه می‌شود؛ لذا جهت شناسایی افراد در معرض خطر غم و اندوه بعد از دست دادن حاملگی و مداخله مؤثر بر سوگ ناشی از آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر اصول واردن بر شدت سوگ مادران با بارداری از دست رفته انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با گروه کنترل و دارای کد اخلاق Ir.umsu.rec.۱۳۹۶:۴۳۷ مصوب کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کد ۲۰۱۵۱۰۰۴۰۲۴۳۴۰N۱۳ 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. نمونه‌گیری با اعلام فراخوان و نیز دریافت لیست مادرانی که در یک هفته گذشته دچار از دست دادن بارداری شده بودند از واحد آمار مرکز



شکل ۱. نمودار فرآیند انتخاب و ورود داوطلبین برای شرکت در مطالعه

درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده است (۱۸)، در این مطالعه میانگین نمرات در نظر گرفته شده است. مشاوره‌ها به صورت فردی و طی حداکثر شش جلسه‌ی یک ساعته و هر هفته یک جلسه طبق برنامه‌ی توافقی با مددجو و در مواقع لزوم با هماهنگی مشاور تخصصی در مرکز آموزشی-درمانی شهید مطهری ارومیه برگزار شد. مشاوره‌ها بر اساس اصول مشاوره سوگ واردن و اطلاعات مشاوره‌ای که از قبل با استفاده از کتب و منابع معتبر علمی و با نظر اساتید تهیه شده بود، توسط محقق (که قبلاً زیر نظر مشاور آموزش لازم را دیده بود) انجام گرفت. عناوین مورد بحث و مشاوره در هر جلسه در جدول ۱ آمده است. در مدت زمان پیگیری شماره تلفن پژوهشگر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت که در صورت لزوم با محقق تماس حاصل شود و پژوهشگر در مدت زمان مداخله پیام‌های مثبت به مادران ارسال می‌نمود. در طی این مدت مادران در کنترل مراقبت‌های معمول بعد از زایمان یا سقط را دریافت کردند. یک ماه پس از آخرین جلسه‌ی مشاوره در مادران گروه مداخله (و ۱۰ هفته پس از تاریخ تکمیل پیش‌آزمون در مادران گروه کنترل) پرسشنامه پس‌آزمون سوگ از دست دادن بارداری مجدداً توسط مادران هر دو گروه تکمیل شد.

پس از انتخاب نمونه‌ها و کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه، پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک-مآمایی و پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری (Perinatal Grief Scale, PGS) قبل از شروع جلسات مشاوره توسط مادران هر دو گروه تکمیل شد. پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری توسط Potvin و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شده است و از ۳۳ گویه و ۳ خرده مقیاس سوگ فعال، کنارآمدن دشوار و ناامیدی تشکیل شده است که به منظور سنجش داغدیدگی در فقدان از دست دادن بارداری بکار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است. برای به دست آوردن نمره هر یک از خرده مقیاس‌ها، امتیازات گویه‌های مربوط به خرده مقیاس‌ها با هم جمع می‌گردد و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه امتیاز تک تک گویه‌ها با هم دیگر جمع می‌شوند. در پژوهش Potvin و همکاران (۱۹۸۹) پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری با ضریب آلفای کلی ۰/۹۲ همسانی درونی خوبی داشت و در آن دامنه ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ است. فرم ۳۳ گزینه‌ای این پرسشنامه با فرم بلند آن با ضریب ۰/۹۸، همبستگی داشت (۱۹). در مطالعه Navidian و همکاران (۲۰۱۸) قابلیت اطمینان نسخه فارسی این پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸ و ثبات

جدول ۱. عناوین و مباحث جلسات مشاوره

جلسه	مباحث مطرح شده در جلسات
اول	معرفی و آشنایی با مادر، برقراری ارتباط اطمینان بخش با مادر، توضیح در مورد جلسات مشاوره و اهداف مشاوره‌ها، ارائه اطلاعات پزشکی در مورد هریک از انواع از دست دادن بارداری بر اساس تجربه مادر، توضیح به مادر در مورد فرآیند سوگ و مراحل آن و شناخت مرحله سوگ مادر، ارائه تکلیف خانگی، جمع بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی مشاوره.
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 سوگ جهت کاهش تعارض‌های بین همسران در مدت‌زمان سوگواری، شناسایی احساسات منفی مادر و کمک به حل آن‌ها، پاسخ به پرسش‌های پزشکی مادر به خصوص در مورد مشاوره ژنتیک در موارد لازم، ارائه تکلیف خانگی، جمع بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی.
سوم	مرور مباحث جلسه قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، گفتگو با مادر در مورد اتفاقات یک هفته گذشته و احساسات وی، ارائه راهبردهای مقابله با فشار روانی و در صورت وجود احساسات منفی کمک به حل آن‌ها، بحث در مورد روابط اجتماعی و فردی مادر به خصوص با همسر و ترغیب جهت بهره‌گیری از حمایت اطرافیان به‌ویژه همسر، جمع بندی مباحث ارائه شده، ارائه تکلیف خانگی و هماهنگی برای جلسه بعدی.

چهارم	مرور مباحث جلسه قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، ارائه مطالب جهت تسهیل کنار آمدن با سوگ بر اساس تکالیف سوگواری واردن، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی.
پنجم	مرور مباحث جلسه قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، تعریف افسردگی، استرس و اضطراب برای مادر، ارائه راهبردهای مقابله غلبه بر استرس و اضطراب، خلق منفی و افسردگی، آموزش صبر با استفاده از آموزه‌های دینی و مذهبی، تمرین ریلکسیشن با مادر به همراه موسیقی، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث و هماهنگی برای جلسه بعدی.
ششم	مرور کلی مباحث جلسات قبل با کمک مادر، بررسی تکالیف خانگی، گفتگو با مادر در مورد جلسات و تأثیر جلسات، ارائه راهکارهای نهایی در صورت وجود نگرانی‌ها یا پرسش‌هایی برای مادر، صحبت در مورد ازسرگیری روابط جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری، حسن ختام جلسات.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ مستقل، نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در مشخصات جمعیت شناختی و مامایی کمی و کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه به غیر از شغل همسر ($P\text{-Value}=0/016$) وجود ندارد و این نشان دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه، از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله است ($P>0/05$) (جدول ۲ و ۳).

یافته‌ها

میانگین سنی مادران در گروه مداخله $29/46 \pm 5/32$ سال و در گروه کنترل $28/42 \pm 6/32$ سال بود. نتیجه‌ی آزمون تی

جدول ۲. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی و مامایی کمی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

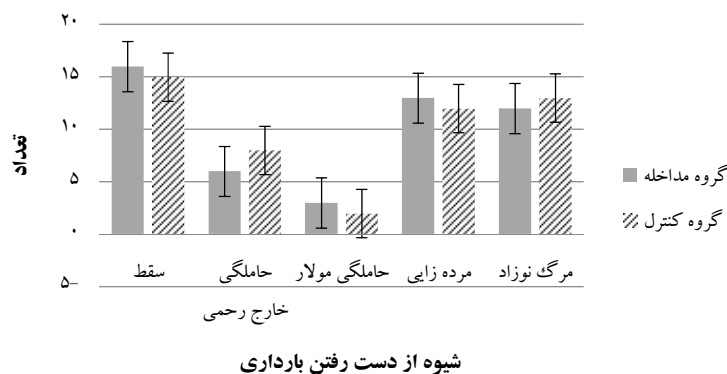
متغیر	گروه مداخله		نتیجه آزمون تی مستقل (P-Value)
	انحراف معیار \pm میانگین	گروه کنترل انحراف معیار \pm میانگین	
سن	$29/46 \pm 5/32$	$28/42 \pm 6/32$	0/37
تعداد حاملگی	$2/44 \pm 1/34$	$2/34 \pm 1/13$	0/68
تعداد فرزند زنده	$0/88 \pm 0/68$	$0/78 \pm 0/91$	0/53
تعداد سقط قبلی	$0/46 \pm 0/97$	$0/42 \pm 0/67$	0/81
تعداد مرده زایی قبلی	$0/04 \pm 0/19$	$0/00 \pm 0/00$	0/15

جدول ۳. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		نتیجه آزمون کای دو (P-Value)
	تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۲۱ (۴۲)	0/39
	دیپلم	۱۵ (۳۰)	
	فوق دیپلم	۴ (۸)	
	لیسانس و بالاتر	۱۰ (۲۰)	
		۲۹ (۵۸)	
		۱۰ (۲۰)	
		۲ (۴)	
		۹ (۱۸)	

۰/۴۲	۲۲ (۴۴)	۱۹ (۳۸)	زیر دیپلم	تحصیلات همسر
	۱۶ (۳۲)	۱۳ (۲۶)	دیپلم	
	۴ (۸)	۳ (۶)	فوق دیپلم	
۰/۶۲	۸ (۱۶)	۱۵ (۳۰)	لیسانس و بالاتر	شغل مادر
	۴۳ (۸۶)	۴۶ (۹۲)	خانه دار	
	۵ (۱۰)	۳ (۶)	شاغل	
۰/۰۱	۲ (۴)	۱ (۲)	شاغل در منزل	شغل همسر
	۴۴ (۸۸)	۳۴ (۶۸)	آزاد	
۰/۸۶	۶ (۱۲)	۱۶ (۳۲)	کارمند	وضعیت اقتصادی
	۹ (۱۸)	۷ (۱۴)	دخل کمتر از خرج	
	۳۸ (۷۶)	۴۰ (۸۰)	دخل برابر خرج	
	۳ (۶)	۳ (۶)	دخل بیشتر از خرج	

نمودار یک در مقایسه نحوه از دست رفتن بارداری بین گروه‌های مطالعه حاکی از آن است که بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ نوع از دست دادن بارداری تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($P\text{-Value} > 0.05$).



نمودار ۱. مقایسه نحوه از دست رفتن بارداری بین گروه‌های مطالعه

ابعاد سه گانه آن بعد از مداخله مشاوره‌ای، در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است و نیز نسبت به نمرات پیش آزمون گروه مداخله کاهش معنی داری داشته است ($P\text{-Value} < 0.05$).

همان‌طور که در جدول شماره ۴ آمده است، میانگین نمرات کل پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری و همه ابعاد آن در هر دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P\text{-Value} > 0.05$)؛ اما میانگین نمرات کل پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری و همه

جدول ۴. میانگین نمرات سوگک و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	قبل از مداخله		^۱ (P-Value)
	انحراف معیار ± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	
سوگک فعال	گروه مداخله	۴۱/۳۸±۴/۹۴	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۴۰/۵۴±۶/۵۸	
		۰/۴۷	
کنار آمدن دشوار	گروه مداخله	۳۷/۵۶±۴/۰۷	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳۸/۶۸±۴/۶۹	
		۰/۲۳	
ناامیدی	گروه مداخله	۳۵/۷۴±۳/۵۹	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳۵/۲۲±۵/۹۶	
		۰/۵۹	
کل	گروه مداخله	۱۱۴/۶۸±۱۱/۳۴	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۱۱۴/۴۲±۱۵/۷۷	
		۰/۹۲	

^۱آزمون تی زوجی

^۲آزمون تی مستقل

مقایسه شدت سوگک بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان داد که قبل از مداخله ۹۶ درصد مادران در گروه مداخله و ۸۶ درصد در گروه کنترل دچار سوگک شدید بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۵۶۷)، در حالی که بعد از مداخله همه مادران در گروه مداخله سوگک خفیف گزارش کرده بودند. ۸۴ درصد مادران گروه کنترل دچار سوگک شدید و ۱۶ درصد دچار سوگک متوسط بودند (جدول ۵).

مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت سوگک قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل جدول ۵. مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت سوگک قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

شدت سوگک	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
خفیف	(۰)۰	(۲)۱	(۱۰۰)۵۰	(۰)۰
متوسط	(۱۰)۵	(۱۲)۶	(۰)۰	(۱۶)۸
شدید	(۹۰)۴۵	(۸۶)۴۳	(۰)۰	(۸۴)۴۲
^۱ (P-Value)	۰/۵۶		<۰/۰۰۱	

^۱ نتیجه آزمون کای دو

جهت کنترل اثرات متغیرهای مخدوش کننده از تحلیل کوواریانس استفاده گردید که به همین منظور میانگین نمرات پیش آزمون و سن، تحصیلات زوجین، شغل زوجین، وضعیت اقتصادی، تعداد حاملگی، سقط و فرزند وارد مدل شدند که نتایج در جدول ۶ نمایش داده شده است. یافته‌ها نشان داد که در تمام سازه‌های تحت بررسی با کنترل کردن سایر عوامل اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد (P-Value <۰/۰۰۱).

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و پنجم / مرداد و شهریور ۱۳۹۹

جدول ۶: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات سوگک و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مجموع نمرات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره آزمون (F)	P value
سوگک فعال	پیش آزمون	۱	۱۲۱۸/۰۱	۱۶۶/۸۰	<۰/۰۰۱
	گروه	۱	۱۴۰۰۶/۵۶	۱۹۱۸/۰۹	<۰/۰۰۱
	خطا	۸۸	۶۴۲/۶۱	-	-
کنار آمدن دشوار	پیش آزمون	۱	۵۵۲/۱۳	۷۹/۸۸	<۰/۰۰۱
	گروه	۱	۱۱۱۹۲/۶۱	۳۸ ۱۶۱۹	<۰/۰۰۱
	خطا	۸۸	۶۰۸/۲۳	-	-
ناامیدی	پیش آزمون	۱	۵۳۶/۰۴	۷۰/۴۵	<۰/۰۰۱
	گروه	۱	۸۶۶۲/۷۱	۵۵ ۱۱۳۸	<۰/۰۰۱
	خطا	۸۸	۶۶۹/۵۵	-	-
کل	پیش آزمون	۱	۵۴۱۴/۸	۱۳۵/۱۸	<۰/۰۰۱
	گروه	۱	۱۰۱۱۵۴/۸۴	۳۰ ۲۵۲۵	<۰/۰۰۱
	خطا	۸۸	۳۵۲۴/۹۷	۴۰/۰۶	-

بحث

که تقریباً تمام مادران درجاتی از سوگک را نشان می-دهند (۱۵). همچنین در مطالعه Heazell و همکاران (۲۰۱۶) نیز نتایج حاکی از آن بود که اکثریت زنان پس از دست دادن بارداری سوگک شدید را تجربه می کنند (۲۰). با توجه به نتایج آزمون های آماری در این مطالعه می توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر اصول مشاوره واردن بر کاهش شدت سوگک ناشی از دست دادن بارداری و ابعاد آن در مادران مؤثر بوده است. Bamniya و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه ای آینده نگر با هدف تعیین نقش مشاوره سوگک در غم و اندوه مادران با از دست دادن بارداری، به این نتیجه دست یافتند که پس از مشاوره نمرات پس آزمون پرسشنامه سوگک از دست دادن بارداری و هر سه بعد آن کاهش معنی دار داشت (۲۱). Bennett و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای با هدف تعیین اثر مداخله شناختی-رفتاری بر روی مادرانی که دچار سقط جنین شده بودند، به نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر دست یافتند. در این مطالعه مادرانی که

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر اصول واردن بر شدت سوگک مادران با بارداری از دست رفته انجام شد و نتایج نشان دادند که قبل از مداخله، ۸۶ درصد مادران در گروه کنترل و ۹۰ درصد در گروه مداخله سوگک شدید را گزارش کرده بودند. در پایان مطالعه با توجه به آنالیزهای آماری مشخص شد که شدت کلی سوگک و نیز نمرات هریک از زیرمجموعه های پرسشنامه سوگک از دست دادن بارداری (سوگک فعال، کنار آمدن دشوار و ناامیدی) در گروه مداخله که مداخلات مشاوره ای دریافت کرده بودند، نسبت به نمرات پیش آزمون درون گروه مداخله و نسبت به گروه کنترل کاهش آماری معنی دار داشته است. در مطالعات مختلف وجود علائم سوگک در مادران پس از دست دادن بارداری گزارش شده است. در مطالعه Tonia و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف تعیین تأثیر از دست دادن بارداری بر علائم روان شناختی و سوگک انجام شده بود، نتایج نشان داد

در مدت یک تا سه ماه اخیر دچار سقط شده بودند، ۸ جلسه مشاوره شناختی-رفتاری دریافت نمودند و نتایج حاکی از کاهش علائم سوگ در این مادران بود (۲۲). مطالعات مختلف تأثیر انواع مشاوره بر سوگ از دست دادن بارداری را بررسی کرده‌اند اما در زمینه مشاوره فردی و استفاده از اصول مشاوره سوگ واردن مطالعات اندکی انجام شده است. نتایج مطالعه Johnson و Langford (۲۰۱۵) نشان داد زنانی که پروتکل مداخله‌ای سوگ را دریافت می‌کنند، نسبت به زنانی که مداخله‌ای سوگ را دریافت نمی‌کنند از میزان ناامیدی و غم و اندوه کمتری برخوردارند (۲۳). در مقایسه مطالعه حاضر با مطالعه Johnson و Langford (۲۰۱۵) احتمال مغایرت در نتایج می‌تواند مربوط به زمان مداخله و تعداد جلسات مشاوره باشد که Johnson و Langford (۲۰۱۵) مشاوره حضوری را در زمان بستری در بیمارستان ارائه کرده بودند. بر اساس متون معتبر علمی ۲۴ ساعت اول پس از فقدان، زمان مناسبی جهت انجام مداخله در سوگ نیست (۱۴). Navidian و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مشاوره روان‌شناختی بر شدت علائم سوگ در مادرانی که مرده زایی داشته‌اند انجام دادند که نتایج نشان داد کاهش میزان میانگین شدت سوگ کلی و شدت سه زیرمجموعه‌ی پرسشنامه سوگ از دست دادن بارداری (سوگ فعال، کنار آمدن دشوار و ناامیدی) در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/001$ value) (۱۸).

زنان وجود آموزش و مشاوره را برای کاهش عوارض روانی بعد از سقط بسیار مؤثر و ضروری دانسته و خواهان دریافت این گونه خدمات هستند (۲۴). در این مطالعه هم نتایج، لزوم ارائه برنامه مشاوره‌ای بعد از، از دست دادن بارداری برای مادران را نشان داد. در اکثر مطالعات گذشته مادرانی که یک نوع از دست دادن بارداری را تجربه کرده بودند شرکت داده شده‌اند و برنامه‌های مداخله‌ای نیز به صورت، فعالیت بدنی، مشاوره‌های گروهی یا مشاوره‌های غیرحضوری مانند مشاوره تلفنی یا آنلاین بوده است (۲۵).

۲۶). مطالعه حاضر از این حیث که به بررسی هم‌زمان مادرانی پرداخت که از دست دادن بارداری اولیه یا ثانویه داشتند، متفاوت است. همچنین مشاوره‌ها به صورت فردی و حضوری و توسط کارشناس ارشد مشاوره مامایی آموزش دیده و طبق اصول مداخله‌ای-مشاوره‌ای سوگ واردن انجام شد.

در این مطالعه علی‌رغم کاهش میانگین نمرات سوگ پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به نمرات پیش‌آزمون آن، اما از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعات مختلف سرعت کاهش 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 دست دادن بارداری بالا باقی می‌ماند و با گذشت ۳ سال از بین می‌رود (۲۷) و برخی دیگر معتقدند برای از بین رفتن تمام عوارض روانی ناشی از، از دست دادن بارداری یک سال زمان احتیاج است (۲۸). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر نیز پرسشنامه‌های پس‌آزمون ۱۰ هفته پس از دست دادن بارداری توسط گروه کنترل تکمیل شد، کاهش مختصر شدت سوگ در مادران گروه کنترل می‌تواند قابل توجیه باشد.

البته مطالعه ما نیز مانند اکثر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله تعداد محدود جلسات، عدم پیگیری بلند مدت و اینکه جامعه مورد مطالعه حاضر مادران باسواد و ساکن شهر بودند. هر مطالعه‌ای صرفاً پاسخگوی سؤالات ناچیزی در رابطه با موضوع مورد بررسی است؛ لذا با توجه به نتایج و محدودیت‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به کارگیری سایر انواع مشاوره از جمله مشاوره زوج محور، برگزاری بحث‌های گروهی با والدین همسان، انجام مطالعات مشابه در جوامع مختلف فرهنگی از جمله مناطق روستایی و نیز برای زنان بی‌سواد و زنان با بارداری‌های دو یا چندقلویی، انجام مطالعات با جلسات مشاوره بیشتر و نیز پیگیری‌های چند مرحله‌ای و طولانی مدت جهت بررسی اهداف دراز مدت مشاوره سوگ پیشنهاد می‌شود.

و همچنین دانشجویان مامایی و مشاوره در مامایی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی و طرح مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دارای کد اخلاق ۴۳۷. Ir.umsu.rec.۱۳۹۶. و پشتیبانی مالی این معاونت محترم است؛ لذا پژوهشگران از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه و نیز مادران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که مشاوره بر اساس اصول واردن بر کاهش شدت سوگ تأثیر مثبت دارد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مؤثر واقع شدن مداخلات مورد نظر در کاهش شدت سوگ مادران با بارداری از دست رفته، ایجاد واحد مشاوره و سلامت روانی بعد از دست دادن بارداری و ارائه مداخلات حمایتی- مشاوره‌ای در برنامه‌ی مراقبتی این مادران توسط گروه درمانی-روانشناسی از جمله روانشناس بالینی و مشاوران مامایی پیشنهاد می‌شود. برگزاری دوره‌های بازآموزی در حیطه‌ی مشاوره سوگ برای کارکنان بهداشتی و خانواده‌ها

منابع

1. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The spiritual and theological challenges of stillbirth for bereaved parents. *J Relig Health*. 2017;56(3):1081-95.
2. Casey M, Catherine Y, Spong N. Abortion. In: Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J, editors. *Williams obstetrics*, 25nd ed. McGraw-hill. 2018:1215-25.
3. Vogel J, Souza J, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M, et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:76-88.
4. UNICEF. Neonatal Mortality: Unicef; 2014. Available from: <http://data.unicef.org/child-mortality/neonatal>.
5. Murphy S, Shevlin M, Elklit A. Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *J Loss Trauma*. 2014;19(1):56-69.
6. Huberty JL, Matthews J, Leiferman J, Hermer J, Cacciatore J. When a baby dies: A systematic review of experimental interventions for women after stillbirth. *Reprod Sci*. 2017;24(7):967-75.
7. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):229-47.
8. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):169-78.
9. Bandini J. The medicalization of bereavement: (Ab) normal grief in the DSM-5. *Death studies*. 2015;39(6):347-52.
10. Kohn I, Moffitt P-L, Wilkins IA. *A Silent Sorrow: Pregnancy Loss--Guidance and Support for You and Your Family*: Routledge; 2013.
11. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, Issue 6. Art. No.: CD000452.
12. A S. *Counseling Methods and Techniques*. 2, editor. Tehran: fekr-e-now 2016.

13. Ghaderpanah N MH, Vahabzadeh D, Khalkhali H. The effect of 5A model on behavior change of physical activity in overweight pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2017;20(9):14-101.
14. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*: Springer Publishing Company; 2018.
15. Tonia M Cassaday. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. *obgyn.theclinics.* 2018;45(3):525-33.
16. Blaisure KR, MacDermid S, Saathoff-Wells T, Pereira A, Dombro AL. *Serving military families in the 21st century*: Routledge, 2012 M08 17 - 314 pages.
17. Hutti MH. Perinatal Bereavement Care. *MCN: MCN journal.* 2019;44(1):5.
18. Navidian A, Saravani Z. Impact of Cognitive Behavioral-Based Counseling on Grief Symptoms Severity in Mothers After Stillbirth. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2018;12(1):e9275.
19. Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *J. Psychopathol. Behav. Asees.* 1989;11(1):29-45.
20. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet.* 2016;387(10018):604-16.
21. Bamniya JS, Bhatia GO, Doshi HU, Ladola HM. Assessment of grief in mothers with pregnancy loss and role of post bereavement counselling: a prospective study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7(4):1347-50.
22. Bennett SM, Ehrenreich-May J, Litz BT, Boisseau CL, Barlow DH. Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012;19(1):161-73.
23. Johnson OP, Langford RW. A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015;44(4):492-9.
24. 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.
25. Kerns JL, Mengesha B, McNamara BC, Cassidy A, Pearlson G, Kuppermann M. Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contraception: X.* 2018;97(6):520-3.
26. Tian X, Solomon DH. Grief and post-traumatic growth following miscarriage: The role of meaning reconstruction and partner supportive communication. *Death Stud.* 2018;44(4):1-11.
27. Biggs MA, Neuhaus JM, Foster DG. Mental health diagnoses 3 years after receiving or being denied an abortion in the United States. *Am J Public Health.* 2015;105(1).
28. Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema.* 2017;29(1).