تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خود: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

مهناز مسیب مرادی[1*]، فرشته جددی[1]، نعیمه سید فاطمی[1]، علی منتظری[2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۸
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۵ صص ۱۷۹-۱۷۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اسفند ۹۴]

چکیده

سقط خود به خود شایعترین عارضه بارداری است که از نظر جسمی و روانی تجربه ای مخرب محسوب می شود. درصد زیادی از زنان مدت کوتاهی پس از سقط خود به خود از اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج می برند.این مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خود در مرکز آموزشی و درمانی شهید اکبرآبادی تهران انجام گرفت. تعداد ۱۰۰ زن با علائم قطعی سقط خود به خود به روش نمونه گیری آسان انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله طی سه جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه ای مورد مشاوره چهره به چهره قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت های معمول پس از سقط را دریافت نمودند. هر دو گروه ۳ ماه بعد مورد پیگیری قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی(HADS) بود. نتایج یافته ها نشان داد قبل از مداخله نمره اضطراب دو گروه تفاوت آماری معنادار نداشت (P=۰/۵۰۹) درحالیکه ۳ ماه بعد از مداخله، گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل اضطراب کمتری را تجربه کردند (P<۰/۰۰۱). مشاوره توسط ماما به زنان مبتلا به سقط خود به خود می تواند در کاهش استرس موثر باشد. به همین دلیل مراقبتهای پیگیرانه توسط مراقبان بهداشتی برای کلیه زنان پس از سقط جنین باید توصیه می شود.

کلیدواژه: سقط خود به خود، اضطراب، مشاوره
کدکارآزمایی بالینی: IRCT- 201401042248N13

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷
E-mail: mmosayebmoradi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

مقدمه

سقط به معنی پایان یافتن حاملگی چه خود به خود و چه عمدی قبل از رسیدن جنین به تکامل کافی برای ادامه حیات است. به طور قراردادی سقط معمولاً به پایان یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی و یا در وزن کمتر از ۵۰۰ گرم هنگام تولد تعریف می شود [۴]. در واقع سقط خود به خود شایع ترین عارضه در طی حاملگی است. حدود ۲۰-۱۵ درصد حاملگی های مسجل، به سقط خود به خود ختم می شود [۲]. آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین انگیزشهای انسانی است که اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود ممکن است به یک احساس مخرب و واقعه تنش زا بدل گشته ومنجر به مختل شدن سلامت روانی فرد گردد [۱]. به دنیا آوردن فرزند در تکامل شخصیت افراد نقش حیاتی داشته و عدم تحقق آن می تواند امری ویرانگر بوده، به فشارهای خانوادگی، اجتماعی و در نهایت آسیب های روانشناختی مانند افسردگی، عصبانیت، احساس ناکارآمدی و حقارت بینجامد. فشار وارده از جانب اطرافیان و حتی جامعه برای فرزند دار شدن باعث ایجاد استرس، کناره گیری اجتماعی و مشکلات عاطفی فراوان می شود [۱۵]. سقط جنین هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی تجربه ای مخرب و زیانبار محسوب می شود [۸]. تخمین زده شده است که ۴۸ تا ۵۱ درصد زنانی که سقط خود به خود را تجربه کرده اند از عوارض روانشناختی رنج می برند [۱]. نتایج مطالعات مروری موسسه تحقیقات علوم اجتماعی الیوت بر روی هزاران زن مبتلا به سقط عوارضی از قبیل از بین رفتن اعتماد به نفس در ۹۰درصد موارد، آغاز یا افزایش مصرف الکل یا دارو در۵۰درصد موارد، وجود افکار خودکشی در ۶۰ درصد موارد،اقدام به خودکشی در۲۸درصد موارد، اختلال استرس پس از ترومای شدید در ۲۰ درصد موارد و وجود برخی از علائم این اختلال را در ۵۰درصد موارد گزارش کرده است [۷]. سقط جنین می تواند افزایش خطر طیفی از اختلالات روانی از جمله: انزواطلبی، افسردگی، اضطراب، اختلال پانیک، اختلال دوقطبی، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از تروما، اختلال وسواسی، جر و بحث زناشویی و دیسترس های احساسی شدید را در پی داشته باشد [۵]. بسیاری از زنانی که دچار ترومای پس از سقط شده اند ممکن است با اختلال غذا خوردن، مصرف الکل، رفتارهای خودآزاری، غرق شدن در کار، بی قید و بندی، اختلال در برقراری ارتباط با دیگران، اختلالات جنسی، اضطراب و اختلال پانیک، افسردگی پس از سقط، کابوس های شبانه و تداعی مکرر حادثه مواجه شوند [۳]. درصورتیکه بارداری اول به سقط منجر شده باشد بعد از تولد فرزند دوم اضطراب و افسردگی بطور شایعتری اتفاق می افتد که نتیجه تجربه ناگوار حل نشده است. وضعیت روانشناختی مختل مادر ممکن است با فرآیند دلبستگی با نوزاد تداخل داشته باشد و این اختلال ممکن است خود را به صورت کوتاهی در پرورش کودک و کودک آزاری بروزدهد [۸]. فرزندان زنانی که اختلالات عاطفی را تجربه می کنند می توانند در دراز مدت دچار اختلالات هیجانی، رفتاری و شناختی شوند [۹].این وقایع احتمالی به خوبی در مراقبتهای روتین زنان مبتلا به سقط مدنظر قرار نمی گیرد.نتایج آخرین گزارشات نشان می دهد که فقط ۳۰ درصد زنان مراقبتهای پیگیرانه پس از سقط را دریافت کرده اند؛ در صورتی که بیش از ۹۰ درصد آنان تمایل دارند این مراقبت ها را دریافت کنند . مطالعات اخیر نشان می داده اند. احساس گناه و افسردگی پس از سقط اغلب توسط خانواده ومراقبان بهداشتی فرد تشخیص داده نمی شود و بیش از ۲۲ تا ۴۸ درصد بیماران مدت کوتاهی پس از سقط خود به خود از افسردگی و اختلالات اضطرابی رنج می برند [۶]. اختلالات اضطرابی یکی از شایعترین اختلالات روانی هستند و تقریباً ۷/۳ ٪ از مردم دچار این اختلال می شوند. شایان ذکر است که زنان دو برابر مردان دچار این اختلالات می شوند.مشکلات روانی چنانچه به موقع تشخیص داده نشده و مورد درمان قرار نگیرند، شدت یافته و لطمات غیر قابل جبرانی به همراه خواهند داشت. این مشکلات در جمعیت زنان دارای اهمیت ویژه ای است[۱۵]. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و هراسی مبهم و ناشناخته که به فرد دست می دهد و با علائمی مانند احساس خستگی، بی قراری ، تپش قلب و سرگیجه همراه می گردد [۱۳]. مطالعات متعددی در کشورهای مختلف مبنی بر تأثیر سقط بر اختلالات روانی انجام شده است .در برخی مطالعات به این نتیجه دست یافته اند که اکثریت زنان قادرند تصمیمات سختی از قبیل انجام سقط را اتخاذ نمایند بدون آنکه دچار تأسف و پشیمانی بعدی ناشی از آن و یا تنشهای احساسی شوند؛ درحالیکه در بسیاری از مطالعات دیگر بر ارتباط سقط و اختلالات روانی تأکید شده است [۵]. از آنجا که سطوح بالای اضطراب، افسردگی و احساس گناه احتمال دارد در نیمی از زنان به دنبال بهبودی جسمانی رخ دهد، مراقبتهای پیگیرانه توسط مراقبین بهداشتی برای تمام زنان پس از سقط جنین باید توصیه شود[۸]. با توجه به اینکه تاکنون مطالعات اندکی در زمینه بررسی تأثیر مشاوره در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

کاهش آسیب های روانی و علائم ترومای بعد از سقط انجام شده است، وجود نتایج ضد و نقیض در مطالعات گذشته، شیوع بالای سقط خود به خود در زنان و همچنین میزان بروز بالای اختلالات روانی متعاقب آن تیم تحقیق بر آن شد تا مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان به دنبال سقط خود به خود انجام دهد تا بدین وسیله بتواند گام مؤثری در جهت ارتقای بهداشت روانی زنان در دوران پس از سقط جنین برداشت.

مواد و روش کار

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خود در مرکز آموزشی و درمانی شهید اکبر آبادی تهران انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان نخست باردار دارای علائم قطعی سقط خود به خود بودند که در بخش جراحی زنان مرکز آموزشی و درمانی شهید اکبر آبادی تهران بستری و ۲۴ ساعت اول پس از سقط را سپری می کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن علائم قطعی سقط خود به خود، توانایی گفتگو و درک زبان فارسی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه بیماری های شناخته شده روانی یا مصرف داروهای اعصاب و روان و نداشتن سابقه نازایی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: نمونه هایی بود که طی مطالعه از خدمات مشاوره ای خارج از پژوهش استفاده کرده و یا طی ۶ ماه قبل از سقط تا پایان مطالعه متحمل حوادث استرس آور در زندگی شده بودند. در مجموع ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. انتخاب نمونه ها به صورت نمونه گیری آسان یا در دسترس انجام گرفت، بدین ترتیب که پژوهشگر هر روز صبح به مرکز آموزشی و درمانی شهید اکبر آبادی مراجعه کرد و از کسانی که سقط خود به خود را تجربه کرده بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. پس از اخذ رضایت نامه کتبی، افراد به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند (۵۰ نفر در هر گروه). تخصیص افراد به گروه مداخله و کنترل به این صورت بود که به طور متناوب یک هفته، کسانی که در ۳ روز اول هفته وارد مطالعه شدند در گروه کنترل و افرادی که در ۴ روز دوم هفته وارد مطالعه شدند در گروه مداخله قرار گرفتند و در هفته بعد عکس این ترتیب اعمال شد. این تناوب تا پایان نمونه گیری ادامه یافت. گروه مداخله طی سه جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه ای در ۲۴ ساعت اول بعد از سقط، یک هفته و دو هفته بعد، مورد مشاوره رودرروی انفرادی توسط تیم پژوهش شامل ماما و روانپرستار آشنا به اصول مشاوره قرار گرفتند. فرآیند مشاوره جلسه اول شامل: آشنایی و برقراری اعتماد نمونه های مورد پژوهش، طرح سوال در مورد سقط جنین و بحث و گفتگو در مورد شیوع، علل و عوامل مرتبط با آن، نحوه تشخیص و پیشگیری و درمان آن با زبان ساده و قابل درک همراه با شرکت فعال نمونه پژوهش به صورت پرسش و پاسخ و کمک به بیان احساس مددجو ارائه شد. جلسه دوم بر مبنای بحث و گفتگو در زمینه علل اضطراب و مشارکت مددجو در توضیح شرایط ایجاد کننده اضطراب با ارائه راهکارهای آرامسازی عضلانی و استفاده از فنون تنفسی انجام شد و جلسه سوم طرح سوال در مورد روشهای بیان احساسات و مدیریت تنش و حمایت اجتماعی، روشهای مقابله با اضطراب و بحث و گفتگو در ارتباط با آن، ارائه راهکارهای مقابله همراه با مثالهای عملی و عینی با مشارکت مددجو و ارائه مطالب آموزشی صورت گرفت. گروه کنترل فقط مراقبتهای معمول بیمارستان بعداز سقط را دریافت کردند. در هر دو گروه طی ۲۴ ساعت اول پس از سقط جنین قبل از انجام مداخله پرسشنامه ها به روش مصاحبه تکمیل شد. شماره تماس با پژوهشگر در اختیار افراد قرار گرفت تا در صورت نیاز تماس بگیرند. سپس در هر دو گروه ۳ ماه پس از مداخله مجدداً پرسشنامه ها ازطریق تماس تلفنی تکمیل شد. یک نفر در گروه کنترل و سه نفر در گروه مداخله به دلیل عدم تمایل به ادامه از پژوهش خارج شدند. ارجاع افراد با نمره بالا(در حد شدید) جهت درمان تخصصی به متخصصان مربوطه مد نظر قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این مطالعه دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و تاریخچه مامایی، و پرسشنامه دوم، پرسشنامه اضطراب بیمارستانی (Hospital anxiety and depression scale) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط زیگموند و اسنیت معرفی گردید.این ابزار شامل ۱۴ عبارت است که برای هر عبارت ۴ گزینه برای انتخاب وجود دارد. گویه های فرد میزان اضطراب و گویه های زوج میزان افسردگی را می سنجد.شیوه امتیاز بندی پاسخ ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. گزینه های ۱-۲-۳-۴ سوالهای ۲-۴-۷-۹-۱۲-۱۴ به ترتیب امتیاز ۰ تا ۳ و گزینه های ۱-۲-۳-۴ سوالهای ۱-۳-۵-۶-۸-۱۰-۱۱-۱۳به ترتیب امتیاز ۳ تا ۰ می گیرند. نمرات ۰ تا ۷ نمایانگر حالت طبیعی ، ۷ تا ۱۱ استرس خفیف ،۱۱ تا ۱۵ استرس متوسط و بالاتر از ۱۵ استرس شدید را نشان می دهند. جهت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

تعیین پایایی پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۱۶۷ نفر از بیماران مبتلا به سرطان استفاده شد که برابر با ۰/۷۸ برای اضطراب و ۰/۸۶ برای افسردگی است (۱۰). در این پژوهش از سوالات فرد جهت بررسی اضطراب استفاده شد. پس از استخراج اطلاعات، نتایج به دست آمده در گروه مداخله و کنترل با هم مقایسه و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که واحدهای مورد مطالعه در دو گروه قبل از انجام مداخله، از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ازدواج، تمایل به بارداری و سن حاملگی بر اساس آزمون کای اسکوئر همگن بودند (P=۰/۵۰۹). یافته های حاصل از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) حاکی از آن بود که میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب در گروه آزمون قبل از مداخله (۳/۷۵)۱۰/۱۷ و ۳ ماه بعد از مداخله (۲/۵۲) ۲/۲۷ در حالیکه این میزان در گروه کنترل به ترتیب (۴/۰۲)۱۱/۵۳و (۵/۸۵)۸/۳۲ بود. یافته ها نشان داد میزان اضطراب در طول زمان در هر دو گروه به طور معنی دار کاهش یافته است اما این کاهش در گروه آزمون نسبت به کنترل بیشتر بوده است (P<۰/۰۰۱).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش (n=۱۰۰)

	گروه آزمون	گروه کنترل	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	P
سن(سال)			۰/۱۱۳
زیر ۲۰	۵(۱۰)	۵(۱۰)	
۲۱-۲۵	۸(۱۶)	۱۸(۳۶)	
۲۶-۳۰	۲۴(۴۸)	۱۵(۳۰)	
بیشتر از ۳۰	۱۳(۲۶)	۱۲(۲۴)	
سطح تحصیلات			۰/۹۶۸
ابتدایی	۸(۱۶)	۱۰(۲۰)	
راهنمایی	۹(۱۸)	۷(۱۴)	
دبیرستان	۸(۱۶)	۹(۱۸)	
دیپلم	۲۰(۴۰)	۱۹(۳۸)	
دانشگاهی	۵(۱۰)	۵(۱۰)	
وضعیت اشتغال			۰/۶۳۰
خانه دار	۴۵(۹۰)	۴۵(۹۰)	
شاغل	۵(۱۰)	۵(۱۰)	
وضعیت اقتصادی			۰/۸۹۹
ضعیف	۸(۱۶)	۸(۱۶)	
متوسط	۴۰(۸۰)	۳۹(۷۸)	
خوب	۲(۴)	۳(۶)	
مدت ازدواج(ماه)			۰/۷۲۰
۶ و کمتر	۲(۴)	۳(۶)	
۷ تا ۱۲	۱۲(۲۴)	۱۵(۳۰)	
۱۳ تا ۱۸	۱۳(۲۶)	۸(۱۶)	
۱۹ تا ۲۴	۵(۱۰)	۷(۱۴)	
۲۵ و بالاتر	۱۸(۳۶)	۱۷(۳۴)	
تمایل به بارداری			۰/۱۶۵
داشته	۳۴(۶۸)	۴۱(۸۲)	
نداشته	۱۶(۳۲)	۹(۱۸)	
سن بارداری(هفته)			۰/۳۲۶
زیر ۱۲	۳۸(۷۶)	۳۵(۷۰)	
۱۲ تا ۲۰	۱۲(۲۴)	۱۵(۳۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

جدول ۲: مقایسه سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خود قبل و ۳ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

	قبل میانگین (انحراف معیار)	۳ ماه بعد میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری t زوج
گروه آزمون	۱۰/۱۷(۳/۷۵)	۲/۲۷ (۲/۵۲)	t=۱۳/۰۵ (P<۰/۰۰۱)
گروه کنترل	۵۳/۱۱(۴/۰۲)	۸/۳۲(۵/۸۵)	t=۱۳/۰۷ (P<۰/۰۰۱)

بحث و نتیجه‌گیری

سقط خود به خود به عنوان شایعترین عارضه بارداری می تواند منجر به عوارض روانشناختی بسیاری در فرد مبتلا شود. مطالعات متعددی در کشورهای مختلف مبنی بر تأثیر سقط بر اختلالات روانی انجام شده است . نتایج برخی مطالعات نمایانگر آن است که اکثریت زنان قادرند تصمیمات سختی از قبیل انجام سقط را اتخاذ نمایند بدون آنکه دچار تأسف و پشیمانی بعدی ناشی از آن و یا تنشهای احساسی شوند، درحالیکه در بسیاری از مطالعات دیگر بر ارتباط سقط و اختلالات روانی تأکید شده است. مشکلاتی که می تواند روابط خانوادگی فرد را با همسر و سایر فرزندان مختل کرده و به مشکلات پیچیده تری مبدل گردد. از آنجا که ماماها به عنوان عضوی از کادر درمانی در تماس مستقیم با زنان در جامعه می باشند و یکی از وظایف آنها مشاوره و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت بهداشت زنان است، همچنین وظیفه مراقبت بعد از سقط جنین را دارند لذا به واسطه نقش های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره ای و حمایتی خویش از فرصت های مناسبی در جهت پیشگیری از بروز عوارض روانی و ارتقای بهداشت روانی مادر و خانواده برخوردارند. نتایج یافته ها در مطالعه حاضر نمایانگر آن بود که بین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) و انجام مشاوره موجب کاهش سطح اضطراب زنان یک ماه پس از مداخله شد. در این راستا نیکویک و همکاران دریک مطالعه آینده نگر در سال ۲۰۰۷ به این نتیجه دست یافتند که گروه مداخله روانشناختی در مقایسه با گروه بدون مداخله روانشناختی و گروه کنترل در طول زمان کاهش بارزی در سطح احساس گناه، احساس شرمساری و نگرانی را نشان دادند. محققین اظهار داشتند که مشاوره روانشناختی علاوه بر بررسی و مشاوره درمانی در کاهش استرس زنان پس از سقط جنین می تواند مفید واقع شود که با نتایج حاصل از این مطالعه همسو می باشد [۸]. علاوه بر آن در مطالعه دیگری که توسط عزیزی و همکاران در سال ۱۳۸۸انجام شد، پس از ارائه دو جلسه مشاوره نتایج نمایانگر آن بود که مشاوره ارائه شده توسط ماما به زنانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده اند در کاهش اضطراب و اختلال استرس بعد از تروما در دراز مدت موثربوده است [۱].

همچنین در تحقیقی که گمبل و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام دادند، در پیگیری سه ماهه، زنان گروه مداخله علائم تروماى کمتری داشته و نسبت خطر افسردگی و استرس پایینتری نیز داشتند. احساس سرزنش خویشتن در آنها کمتر بوده و نسبت به حاملگی مجدد در آینده جرات بیشتری داشتند . نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره انجام شده توسط ماما در زنانیکه تجربه زایمانی آشفته ای دارند، در کاهش علائم تروما، افسردگی، استرس و احساس سرزنش خویشتن موثر بوده و جرات آن ها را برای حاملگی در آینده افزایش می دهد [۵]. به طور کلی می توان نتیجه گرفت مشاوره در کاهش استرس پس از سقط جنین موثر بوده است. نتایج این پژوهش بر نقش مثبت ماما در فراهم نمودن مراقبت های عاطفی بعد از سقط جنین تاکید دارد و مشاوره ارائه شده در آن به خوبی در حوزه عملکرد مامایی قابل اجرا می باشد. با توجه به تاثیر مثبت مشاوره در کاهش اختلالات خلقی پس از سقط جنین، پیشنهاد می شود که درمراکز زایمانی از شیوه نوین مراقبت مامایی مبتنی بر مشاوره استفاده شود.هم چنین با تقویت سیستم های پیگیری و ارجاع می توان افراد مشکوک به اختلالات خلقی پس از سقط جنین راشناسایی و به مراکز درمانی تخصصی ارجاع داد. نتایج این مطالعه می تواند برای کلیه ماماهای شاغل در مراکز درمانی رهنمودی باشد تا به مشکلات روحی زنان پس از سقط جنین توجه بیشتری کرده و بابرنامه ریزی تماس های فردی و جلسات مشاوره به ارتقای سطح سلامت روانی زنان کمک نمایند.

سهم نویسندگان

مهناز مسیب مرادی: نویسنده مسئول
فرشته جهدی: استاد راهنما

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

نعیمه سید فاطمی: استاد مشاور
علی منتظری: مشاور آمار

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله برخود لازم می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش که وقت گرانبهای خود را در اختیار پژوهشگران نهادند، تشکر و قدردانی نمایند. به علاوه از زحمات آقای دکتر رمضانخانی ناظر محترم به جهت راهنمایی‌های ارزشمندشان ومسئولان و کارشناسان محترم معاونت بهداشتی استان خوزستان به جهت ایجاد بستر مناسب برای انجام طرح صمیمانه سپاسگزاری نمایند. این مقاله بخشی از رساله دکترای تخصصی است که با حمایت مالی دانشگاه تربیت مدرس به‌انجام رسیده و نویسندگان بدینوسیله از شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، جهت تصویب طرح تحقیق تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

1.Azizi m, Lamiean M, Faghih Zadeh S, Nematolah Zadeh m. The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women: a randomized single-blind clinical trial. Journal of Kermanshah Medical Sciences University 2010; 14:3
2.Berek J. Berek and Novak`s gynecology, Davari Tanha F, Pourmatrood A. Artin Medicine 2012;14 :479
3.Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Birth 2005; 31:19-11
4.Forouzandeh N, Dashtbozorgi B. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women attending urban health centers in Shahrekord city, Journal of Shahrekord Medical Sciences University1998; 2:1
5.Gamble J,Creedy, D MoleyW, WebsterJ, Mc AllisterM, Dickson.P.Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth:a randomized controlled trial.Birth 2005; 31:19-11
6.Haji-Aghajani s Asadi, Noghabi A.A, Psychiatric nursing, Mental Health.1st Edition, Boshra: Tehran, 2000
7. Hutti MH, 2005.Social and professional support needs of families after perinatal loss.Obstet Gyneconeonatalnurs 2005;34:630-638
8.Kero A,Hogberg U,Lalos A. Wellbeing and mental growth- long term effects of legal abortion.Social Science and Medicine 2004;12:2559-2569
9.LokI H, et al. Screening for post miscarriage psychiatric morbidity.American Journal of Obstetrics & Gynecology 2004:191:546-50
10. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, & JarvandiS. The Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health and Quality of Life Outcomes 2004;1: 1-5
11. Murlikiewics M ,Sieroszewski P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage.Perinatal medicine 2012;18:157-162
12. Nikcevi cA, et al. The influence of medical and psychological interventions on women`s distress aftermiscarriage. Psychosomatic Research 2007:63:283-290
13. Rahbar N, Qorbqni R, Moazen S, Sotoudeh Asl K. Association between spontaneous abortion and public health. Semnan Medical Science University2009; 63:283-290
14. Sadvk.summery of Kaplan and Sadvk psychiatric. 1st Editon ,Arjmand: Tehran, 2007
15. Shafiabadi A, Counseling techniques and Methods.13th Editon, Termeh: Tehran, 2004

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

ABSTRACT

The effect of counseling on anxiety levels of women with spontaneous abortion

Mahnaz Mosayeb Moradi [1*], Fereshteh Jahdi [1], Naimeh Seyed Fatemi [1], Ali Montazeri [2]

1. Faculty of nursing & midwifery school, Iran University of medical science, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016; 2: 174-179
Accepted for publication: 9 December 2014
[EPub a head of print-24 February 2016]

Objective (s): spontaneous abortion is the most common complication of pregnancy that is considered devastating experience physically and psychologically. A large percentage of women shortly after spontaneous abortion are suffering from anxiety disorders and depression. The aim of this study was to determine the effect of counseling on level of anxiety in women with spontaneous abortion in Shahid Akbarabadi Center in Tehran. 100 women with spontaneous abortion definitive signs were randomly selected in two groups intervensional and control. In three sessions intervensional group was received face to face counseling.every session was about 40 to 60 minutes. The control group received after abortion routine care. Both groups were followed up 3 months later.

Methods: Data included demographic and HADS questionnaires. Data was analysed by SPSS version 16 and descriptive and inferential statistics (chi-square test and t-test).

Results: The results showed that pre-test anxiety scores were not significantly different between two groups(p=0/506), However, 3 months after intervention, the intervention group compared with the control group experienced less anxiety (p<0/001).

Conclusion: Counseling by midwives to women with spontaneous abortion can be effective in reducing stress. For this reason, follow-up care by the healthcare provider is recommended for all women after abortion.

Key Words: spontaneous abortion, anxiety, counseling

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.5.7]

[*] Corresponding author: Iran University of medical science, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: mmosayebmoradi@yahoo.com