

Research Paper

Effect of Supportive Counseling Based on Swanson's Caring Theory on the Quality of Life of Pregnant Women With A History of Abortion: A Randomized Controlled Trial Study



Masoomeh Kheirkhah¹, *Zohre Kiani², Amir Sam Kianimoghadam³, Zahra Amanollahi⁴, Fatemeh Farshad⁵, Maryam Maadi Esfahan³

1. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Consultation on Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
5. Dental Research Center, Dentistry Research Institute, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.



Citation Kheirkhah M, Kiani Z, Kianimoghadam AS, Amanollahi Z, Farshad F, Maadi Esfahan M. [Effect of Supportive Counseling Based on Swanson's Caring Theory on the Quality of Life of Pregnant Women With A History of Abortion: A Randomized Controlled Trial Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 29(4):460-477. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4131.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4131.2>

Received: 28 May 2023

Accepted: 06 Dec 2023

Available Online: 01 Jan 2024

ABSTRACT

Objectives Abortion is one of the most traumatic events in a woman's life. The resulting trauma leads to the fear of repeat abortion, despair, inability, reduced self-confidence, isolation, mental health problems, and reduced quality of life (QoL). The present study aims to determine the effect of supportive counseling on the QoL of pregnant women with a history of abortion.

Methods This is randomized controlled trial study. Participants were 72 pregnant women with a history of abortion referred to comprehensive health centers in Isfahan, Iran to receive prenatal care. The data collection instruments were a demographic form and the 36-item short form health survey. The intervention group received counseling based on Swanson's caring theory at three sessions (two face-to-face counseling sessions and one telephone counseling session), while the control group received no intervention. Data were collected in three phases (pre-test, post-test, and follow-up), and analyzed using chi-square test, paired t-test, repeated measures analysis of variance, t-test, and two-way repeated measures analysis of variance in SPSS software, version 25.

Results Both groups were similar in demographic characteristics and QoL before the intervention ($P>0.05$). Four and 8 weeks after the intervention, the mean score of QoL was higher in the intervention group than in the control group ($P<0.05$). Eight weeks after the intervention, the QoL score was higher than in the control group in dimensions of physical functioning ($P=0.009$), social functioning ($P=0.039$), role-emotional ($P=0.004$), and bodily pain ($P=0.004$).

Conclusion Supportive counseling based on Swanson's caring theory, as a midwife-centered intervention, can improve the QoL pregnant women with a history of abortion. This approach can be used in providing care to the pregnant women with a history of abortion.

Key words:

Supportive care,
Quality of life (QoL),
Pregnant women,
Abortion, Therapeutic,
Swanson's caring
theory

* Corresponding Author:

Zohre Kiani

Address: Department of Consultation on Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (31) 33319582

E-mail: zohre.kiani81@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>),
which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Pregnancy and becoming a mother have important social and emotional consequences for women. It can help stabilize women's identities. The biological, psychological, and social health of women depend on their ability to have children. When they lack this ability, they feel incompetent, which is one of the reasons for abortion. Given the importance of fertility in most cultures, the desire to have a child is one of the most basic human motivations. The inability to become pregnant can create a destructive feeling and is a stressful event, leading to mental health disorders. Abortion can increase the risk of psychological problems such as depression, anxiety, and poor quality of life (QoL). To eliminate anxiety and improve QoL, there are various methods such as cognitive behavioral therapy, psychoanalytic therapy, mindfulness therapy, and nonpharmacological methods. Swanson's caring theory is a model whose goal is the well-being of patients with caring methods, and creating a unique and compassionate relationship between the health care provider and the patient. This caring theory focuses on education and recovery during pregnancy and emphasizes adaptive methods during the recovery stages and the ways to help the individual and family. It is a counseling and care program for women with a history of abortion and includes the five caring processes: Knowing the person, being with the person (sharing the feeling), doing for (helping the person recover), enabling, and maintaining belief (preventing relapse).

Providing supportive care based on Swanson's theory can be helpful more than other treatment methods that require longer sessions with continuous attendance. Since no study has been conducted in this regard in Iran, the present study aims to determine the effects of supportive care based on Swanson's theory on the QoL pregnant women with a history of abortion.

Methods

This is a randomized controlled clinical trial with a pre-test/post-test/follow-up design. The study population consists of pregnant women who had experienced abortion in the past year and referred to comprehensive health centers in Isfahan, Iran to receive care during the current pregnancy. Of these, 72 samples were selected. The data collection instrument were a demographic form and the 36-item short form health survey. The intervention group (n=36) received counseling based on Swanson's theory at three sessions. The first two

counseling sessions took place face to face and privately in the comprehensive health centers, and the third counseling session was provided on the phone. The duration of sessions was 90 minutes. The third session was conducted with a one-week interval. During this period, the control group received no intervention. They received routine procedures. However, to observe ethical principles, the control group received the counseling online at the end of the study. It should be mentioned that for routine pregnancy care, every month, both groups were subjected to care visits such as weight measurement, blood pressure, fetal heart control, fetal growth rate, history taking and examination of physical and mental problems. Questionnaires were completed 4 and 8 weeks after the intervention in the health centers. For those who could not attend the centers, the questionnaire was completed by telephone. Data were analyzed using chi-square test, paired t-test, repeated measures analysis of variance, t-test, and two-way repeated measures analysis of variance in SPSS software, version 25.

Results

The QoL was the same in both groups before the intervention (P=0.448). Four weeks after the intervention, the score of role-emotional subscale was significantly higher in the intervention group than in the control group (P=0.046). Eight weeks after the intervention, the scores of physical functioning (P=0.009), social functioning (P=0.039), role-emotional (P=0.004), and bodily pain (P=0.004) were significantly higher in the intervention group than in the control group. The interaction effect of group and time (P<0.001), group effect (P<0.001), and time effect (P<0.001) were significant. The QoL eight weeks after the intervention was higher than that four weeks after the intervention (P=0.001). The QoL score in the control group was not significantly different at any time points (P=0.789). The interaction effect of group and time in the dimensions of physical functioning (P=0.04), role-physical (P=0.004), and bodily pain (P=0.015) and of group in the dimensions of physical performance (P=0.008), role-physical (P=0.035), and physical health (P=0.035) were significant.

Conclusion

The supportive care based on Swanson's theory can significantly improve the QoL of pregnant women with a history of abortion. It is recommended that this counseling program be used for pregnant women with a history of abortion in educational and medical centers. Supportive care allows these women to more easily cope with the loss and grief. It is recommended to screen all women after abortion in terms of QoL to identify vulnerable women and provide appropriate health advice and treatment to them.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The procedures in this study were in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and ethical approval was obtained from the ethics committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1399.974). The study was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials \(IRCT\)](#) (Code: IRCT20210827052302N1)

Funding

This study has been funded by [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all women participated in conducting the research.

مقاله پژوهشی

تأثیر مشاوره مراقبتی حمایتی مبتنی بر نظریه مراقبتی سوانسون بر کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط: یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی

معصومه خیرخواه^۱، زهره کیانی^۲، امیرسام کیانی مقدم^۳، زهرا امان‌اللهی^۴، فاطمه فرشاده^۵، مریم معادی اصفهان^۶

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران.
۵. مرکز تحقیقات دندان، انستیتو تحقیقات دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.



Citation Kheirkhah M, Kiani Z, Kianimoghadam AS, Amanollahi Z, Farshad F, Maadi Esfahan M. [Effect of Supportive Counseling Based on Swanson's Caring Theory on the Quality of Life of Pregnant Women With A History of Abortion: A randomized Controlled Trial Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 29(4):460-477. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4131.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4131.2>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ خرداد ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۵ آذر ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

اهداف سقط جنین یکی از پدیده‌های آسیب‌زا در زندگی زنان است. ترومای حاصل از آن سبب ترس از تکرار سقط، ناامیدی، ناتوانی، کاهش اعتمادبه‌نفس، انزوا و اختلال در سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره مراقبتی حمایتی بر کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین اجرا شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی بود. نمونه شامل ۷۲ زن باردار با سابقه سقط بود که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی بود. گروه آزمایش در طی ۳ جلسه (۲ جلسه اول حضوری و جلسه سوم تلفنی) مداخله مبتنی بر رویکرد سوانسون را دریافت کردند اما در طی این دوران گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در ۳ مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از مداخله از ۲ گروه گردآوری شد. به‌دلیل ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام گردآوری داده‌ها، مداخله مبتنی بر روش سوانسون بر روی گروه کنترل نیز اجرا شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر، تی زوجی، تحلیل واریانس تکراری، تی تست، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری دو طرفه با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد.

یافته‌ها هر دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی قبل از مداخله مشابه بودند ($P < 0.05$). ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله میانگین نمره کسب‌شده در گروه آزمایش بالاتر از کنترل بود ($P < 0.05$). در ۸ هفته بعد از مداخله نمره کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی ($P = 0.009$)، عملکرد اجتماعی ($P = 0.039$)، ایفای نقش هیجانی ($P = 0.004$) و درد بدنی ($P = 0.004$) بیشتر از کنترل بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری روش مشاوره مراقبتی حمایتی به‌عنوان یک مداخله مامامحور کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین را بهبود می‌بخشد. بنابراین می‌توان از این رویکرد در مراقبت‌های زنان باردار با سابقه سقط جنین استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

مشاوره مراقبتی حمایتی، کیفیت زندگی، زنان باردار، سقط جنین، درمانی، نظریه مراقبتی سوانسون

* نویسنده مسئول:

زهره کیانی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مشاوره در مامایی.

تلفن: ۳۳۳۱۹۵۸۲ (۳۱) +۹۸

پست الکترونیکی: zohre.kiani81@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

[۱۳]. کوتو و همکاران^۲ [۱۴] گزارش کردند که زنان مبتلابه سقط مکرر در همه موارد از جمله عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی، درد بدن، سلامت عمومی، سلامت روان و روش‌های مقابله‌ای نتایج ضعیف‌تری داشتند.

انتخاب روش‌های مختلف مقابله‌ای^۳ با سقط جنین به زنان و همسرشان بستگی دارد. بحران حاد، شامل مرحله شوک^۴ است که در آن به خاطر آوردن آنچه اتفاق افتاده، دشوار است و به دنبال آن مرحله واکنش^۵ است که زمانی است که فرد شروع به تحلیل و جذب رویداد می‌کند و به حالت هوشیاری باز می‌گردد. این مرحله اولیه با یک دوره تأمل و جهت‌گیری مجدد^۶ دنبال می‌شود [۱۵]. همان‌گونه که گفته شد اکثر زنانی که سقط ناخواسته را تجربه کرده‌اند از فقدان عمیق، احساس پوچی و گناه رنج می‌برند و برخی ممکن است به حمایت حرفه‌ای نیاز داشته باشند [۱۶]. مراقبت‌های انجام‌شده پس از این تجربه تأثیر قابل‌توجهی بر واکنش غم و اندوه پس از سقط جنین دارد [۱۷]. در این زمینه بهره‌گیری از روش‌های غیردارویی از جمله مشاوره‌های مراقبتی حمایتی مبتنی بر نظریه سوانسون می‌تواند کمک‌کننده باشد. نظریه مراقبتی سوانسون، الگویی است که هدف آن بهزیستی بیماران با روش‌های مراقبتی است و رابطه‌ای بی‌نظیر و دلسوزانه بین مراقب سلامت و مددجو ایجاد می‌کند [۱۸].

این نظریه مراقبتی بر آموزش و بهبودی در دوران بارداری تمرکز دارد و بر روش‌های تطبیقی در طی مراحل بهبودی فرد و روش‌های کمک به فرد و خانواده متمرکز است. یک برنامه مشاوره‌ای و مراقبتی برای زنان با سابقه سقط است که بر مشاوره ماما بعد از سقط تأکید دارد [۱۹] و شامل مرحله دانستن^۷، بودن با^۸ (سهیم شدن در احساس)، انجام دادن برای^۹ (کمک به بهبودی فرد)، توانمندسازی^{۱۰} و حفظ باور^{۱۱} (پیشگیری از عود) می‌باشد. این مشاوره ساختارمند مقوله مراقبت را در حفظ باورهای پایه فرد به تصویر می‌کشد و با شناخت از واقعیت‌های مادر، ایجاد حس همراهی و ارائه خدمات را مهیا می‌سازد [۲۰]. این مشاوره بر تجربیات زن از سقط، چیزی که از دست داده و سهیم شدن در آن، احساس فعلی، کمک به وارد شدن به زندگی عادی و شناخت دغدغه و نگرانی درمورد حاملگی فعلی تأکید دارد و در فرایند مشاوره به مددجو اجازه می‌دهد تا خود را از نظر احساسی پیدا، آماده و درمان کند [۲۱].

بارداری و مادر شدن فرایندی است که پیامدهای اجتماعی و هیجانی مهمی برای زنان دارد [۱]. تولد فرزند به تثبیت هویت زنان کمک می‌کند، تاجایی که زنان موفقیت و سلامت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی در فرزندآوری می‌دانند و چنانچه فاقد این توانایی باشند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و یکی از علل آن سقط جنین است [۲].

سازمان بهداشت جهانی^۱ سقط جنین را ختم بارداری قبل از هفته بیستم بارداری یا ختم بارداری با وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف می‌کند. سالانه بیش از ۱ میلیون زن باردار نوزاد خود را از دست می‌دهد که بیش از ۸۵ درصد آن‌ها در ۱۸ ماه آینده باردار می‌شوند [۳]. بسیاری از موارد سقط جنین می‌تواند به‌طور غیرمنتظره رخ دهد و این نوع از دست دادن را می‌توان به‌عنوان یک رویداد ویرانگر در نظر گرفت که به اختلالات روانی شدید در زنان منجر می‌شود [۴]. چنانکه در زنان با سابقه سقط جنین افسردگی، اضطراب، تعارض زناشویی، تلاش برای خودکشی، سوء مصرف موادمخدر [۵]، غم و اندوه، خشم، احساس گناه و سرزنش، احساس پوچی و درماندگی، کاهش عزت نفس و اختلالات خواب وجود دارد [۶]. بیش از نیمی از زنان به دنبال سقط جنین از عوارض مختلف روحی و روانی در هفته‌ها و ماه‌های بعد نیز رنج می‌برند [۷]. زنان با سابقه سقط، افزایش علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و ممکن است در معرض خطر اثرات روانی منفی مانند اضطراب مرتبط با بارداری، افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی مفرط، ترس، اختلالات خواب و عدم تمرکز باشند [۸]. به‌طور کلی اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، به یک احساس مخرب و تنش‌زا بدل و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود [۹].

کیفیت زندگی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی ناشی شده و حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی-اجتماعی، روحی-روانی و خانوادگی را شامل می‌شود [۱۰]. کیفیت زندگی یک متغیر ذهنی و ادراک فرد در زندگی است و باتوجه به بستر فرهنگی و نظام ارزشی مرتبط با اهداف، استانداردها و آرزوهای فرد تعیین می‌شود و راهی برای شناخت تجارب انسان از زندگی است [۱۱]. کیفیت زندگی در مادران با حاملگی پرخطر کمتر از حاملگی طبیعی بوده و ۷ درصد از مادران با حاملگی طبیعی و ۱۲ درصد با حاملگی پرخطر افسردگی خفیف و ۱۲ درصد افسردگی متوسط دارند [۱۲]. نتایج یک پژوهش نشان داد زنان با سابقه سقط، درجه بالاتری از پریشانی روانی را دارند، به‌طوری‌که میانگین نمره افسردگی آن‌ها بالا بود. علاوه بر این، زنان با سقط جنین سطح کیفیت زندگی پایین‌تری را در همه زمینه‌ها (عملکرد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی) گزارش کردند

2. Couto et al

3. Coping

4. Shock phase

5. Reaction phase

6. Reflection and reorientation

7. Knowing

8. Being with

9. Doing for

10. Enabling

11. Maintaining belief

1. World Health Organization (WHO)

تأیید سونوگرافی، خواسته بودن حاملگی فعلی، داشتن سابقه سقط خودبه‌خودی طی ۱ سال گذشته، عدم سابقه ابتلا به بیماری روانی خاص به اظهار فرد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن فرزند زنده در خانواده و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، از دست رفتن حاملگی، وقوع حوادث ناگوار و استرس‌های بزرگ در طول مداخله مانند از دست دادن عزیزان و مهاجرت مادر باردار بود.

حجم نمونه در هر گروه باتوجه‌به مطالعه مقصدی و همکاران در سال ۲۰۱۶ با توان آزمون ۸۰ (در نتیجه $Z1-\beta=0/84$) و خطای نوع اول ۵ درصد ($Z\alpha/2=1/96$) ۳۱ نفر تعیین شد [۲۸] که با احتساب ۲۰ درصد ریزش، حجم نمونه موردنیاز ۳۶ نفر در هر گروه و مجموعاً ۷۲ نفر محاسبه شد. با مراجعه به سایت sealedenvelope.com با تصادفی سازی ساده با بلوک‌های ۴، ۶ و ۸ تایی ترتیب ورود نمونه‌ها در گروه‌ها مشخص شد.

ابزار گردآوری مورد استفاده در این پژوهش، سؤال‌های جمعیت‌شناختی و باروری (سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و سطح تحصیلات همسر) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^{۱۴} (SF-36) بود. پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار و شربون، یک پرسش‌نامه خودگزارش دهی است و جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود، دارای ۳۶ عبارت و ۸ بعد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی است. پرسش‌نامه SF-36 دو سنجش کلی از کارکرد را بررسی می‌کند؛ نمره مؤلفه فیزیکی^{۱۵} که بعد فیزیکی سلامت را می‌سنجد و نمره کلی مؤلفه روانی^{۱۶} که بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است [۲۹].

روایی محتوا و صوری پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان بررسی و پس از تأیید، پایایی ابزار با روش بازآزمون بر روی ۲۰ نفر از واجدین شرایط ورود که بعداً در نمونه‌ها وارد نشدند، مورد ارزیابی قرار گرفت و همسانی درونی ابزار با الفای کرونباخ ۰/۸۷۴ تأیید شد [۳۰].

جلسات مداخله در مراکز بهداشتی درمانی و در اتاقی که شرایط صحبت کردن خصوصی با مادر را دارا بود، به‌صورت تک نفره برگزار شد. این پژوهش متعلق به پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است که تدوین پروتکل را بر عهده داشته است، اما اجرای آن به یک متخصص مشاوره مامایی واگذار شد. اجرای پروتکل توسط متخصص مذکور با نظارت استاد راهنمای پژوهشگر انجام شده است.

طبق پژوهش‌های انجام‌شده ثابت شده است که این نظریه در حوزه مراقبت، توسعه برنامه‌های مداخله‌ای با نوزادان، بیماران قلبی پس از عمل، شیردهی، مراقبت از زنان و اصلاح نگرش نسبت به اهدای عضو مفید است [۲۲]. همچنین این نظریه در عمل در طول فرآیند مراقبت [۲۳] و برای تأثیر آن بر بهزیستی زنان [۲۴] مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج مطالعه پالاس و همکاران^{۱۲} [۲۵] نشان داده است که مراقبت‌های حمایتی و مشاوره ارائه‌شده پس از سقط جنین به بهزیستی روانی-اجتماعی زنان و بهبود توانایی آن‌ها برای مقابله با علائم روانی کمک کرده است. نتایج یک پژوهش نشان داد برنامه حمایتی مبتنی بر نظریه سوانسون می‌تواند علائم اندوه جسمی، عاطفی، رفتاری و شناختی زنان را کاهش دهد، همچنین احساسات منفی در مورد آینده، سطح افسردگی و سطوح اضطراب پس از دریافت مراقبت سوانسون کاهش یافت [۲۵]. نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد این برنامه می‌تواند داغیدگی را در زنان با سقط زودرس را کاهش دهد [۲۶]. در پژوهش چانگ و همکاران^{۱۳} [۲۷] مراقبت همدلانه بر استرس و افسردگی زنان مبتلا به سقط اثربخش نشان داده شد.

براساس تجزیه و تحلیل شواهد موجود از ادبیات علمی، در مورد استفاده از نظریه مراقبتی سوانسون در زمینه‌های کار بالینی، می‌توان سودمندی و کاربرد فراوان آن را برای حمایت و ارائه مراقبت‌های جامع نشان داد. مشاوره مراقبتی حمایتی براساس نظریه سوانسون به دلیل سهولت انجام آن آسان آن در کوتاه‌مدت، از سایر روش‌های درمانی که نیاز به جلسات طولانی با حضور مستمر دارند می‌تواند کمک‌کننده‌تر باشد. اتخاذ مبانی و مفاهیم این نظریه هنگام ارائه همراهی گرم و انسانی با زنان آسیب‌دیده از سقط جنین بسیار مفید است. یافته‌های این پژوهش به غنی‌سازی بدنه دانش در حوزه مراقبت‌های روان‌شناختی و پرستاری کمک خواهد کرد. همچنین تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص در ایران انجام نشده است؛ بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره مراقبتی حمایتی مبتنی بر نظریه سوانسون بر کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. مداخله مطابق نظریه مراقبتی سوانسون بود. جامعه تحقیق را زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان اصفهان با سابقه سقط در بارداری قبلی در طول ۱ سال گذشته تشکیل دادند که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری فعلی به مراکز جامع سلامت مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری فعلی با سن حاملگی ۸ هفته و بیشتر با

14. The Short Form 36 Health Status Questionnaire (SF-36)

15. Physical Health Component Scores (PCS)

16. Mental Health Component Scores (MCS)

12. Palas, Karaca, & Oskay

13. Chang, Kuo, & Chen

جدول ۱ پروتکل مداخله‌ای زمان‌بندی‌شده

جلسات مداخله	زمان	توضیحات
اول	۹۰ دقیقه	در ابتدای جلسه اول طبق مرحله اول نظریه سوانسون تلاش شد با مادر آشنا شده و رابطه درمانی و احساس امنیت برای او برقرار شود. شیوه مداخله و اهداف جلسات مشاوره توضیح داده می‌شد و موافقت مادر جلب می‌گردید. مصاحبه بالینی و شرح حال کامل پزشکی از مادر گرفته می‌شد. از مادر خواسته می‌شد که تجربه شخصی وی از سقط را بیان کند و در مورد واکنش خود، همسر، اطرافیان، مشکلاتی که بعد از سقط برایش ایجاد شد و نگرانی‌هایش در مورد این حاملگی صحبت کند. مرحله دوم به منظور همراه بودن با مادر و همدلی است. در این مرحله از رویکرد حمایتی برای مادر استفاده شد و مشکلات مراجع از زاویه دید او مورد ارزیابی قرار گرفت. مراقب با مادر همدلی می‌کرد و با پیگیری عناوینی که برای مادر اهمیت داشت و تشویق وی و گوش دادن دقیق و توأم با توجه کافی همراه با جواب و سؤال‌های به‌موقع با او به گرمی برخورد می‌شد و به او اجازه داده می‌شد تا اضطراب و نگرانی‌هایش را بیان کند. در این مرحله احساسات مادر، حالات و هیجانات او درک شده و مادر، تشویق به مکتوب کردن هر گونه سؤال یا نگرانی احتمالی و آوردن آن در جلسه بعدی می‌شد و تلفن تماس جهت پرسیدن سؤال‌های احتمالی در اختیار او قرار می‌گرفت. طبق مرحله سوم که انجام دادن کاری برای مادر است، به مادر تن‌آرامی همراه با تنفس شکمی آموزش داده و انجام شد و از او درخواست شد که هر روز تن‌آرامی را همراه با تنفس شکمی انجام دهد.
دوم	۹۰ دقیقه	در این جلسه طبق مرحله چهارم شرایط روحی و فیزیکی مادر با پرسش و پاسخ بررسی شد و همه حیطه‌های استرس‌زا (زیستی، روانی و اجتماعی) با پرسش و پاسخ در مادر ارزیابی شد تا دلایل احتمالی اضطراب مادر بررسی شود و در آن زمینه اطلاعاتی به مادر داده می‌شد. هدف از این جلسه تسهیل توانایی مادر برای رشد و تحقق بخشیدن به خود، بهبود و یا مراقبت از خود بود. این مرحله شامل تمرکز بر رویداد، اطلاع‌رسانی، توضیح، حمایت از ابراز و تأیید احساسات، ایجاد گزینه‌های دیگر تفکر و بازخورد دادن بود. در این جلسه برای مادر توضیحاتی در مورد سقط، علل آن، علائم و روش برخورد با مشکلات پیش‌آمده و در مورد تغذیه صحیح، خواب و مواردی که در کاهش اضطراب مادر مؤثر است توضیح داده می‌شد. در مرحله پنجم سعی شد باورهای غلط و خطاهای شناختی مادر در مورد سقط اصلاح شود. سوء برداشت‌ها شفاف‌سازی شود. سؤالات ذهنی مادر پاسخ داده شود و مادر برای ایجاد یک حس واقع‌بینی برای آینده ترغیب شود و برای از بین بردن حدس و گمان‌های منفی و تقویت اینکه چطور با وضعیت موجود کنار بیاید تلاش می‌شد. در آخر جلسه تکنیک تن‌آرامی همراه با تنفس شکمی همراه با مادر انجام و از مادر درخواست می‌شد که هر روز تکنیک تن‌آرامی همراه با تنفس را در منزل انجام دهد.
سوم (تلفنی)	۹۰ دقیقه	یک هفته بعد طی تماس تلفنی به سؤالات مادر و ابهامات ایجادشده در ذهنش پاسخ داده شد. جلسات گذشته مرور و جمع‌بندی شد و تمرینات انجام‌شده یادآوری شد و فرایند پایانی جلسات توضیح داده شد.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

فشارخون، کنترل قلب جنین، میزان رشد جنین، گرفتن شرح حال و بررسی مشکلات جسمی و روانی مادر قرار می‌گرفتند.

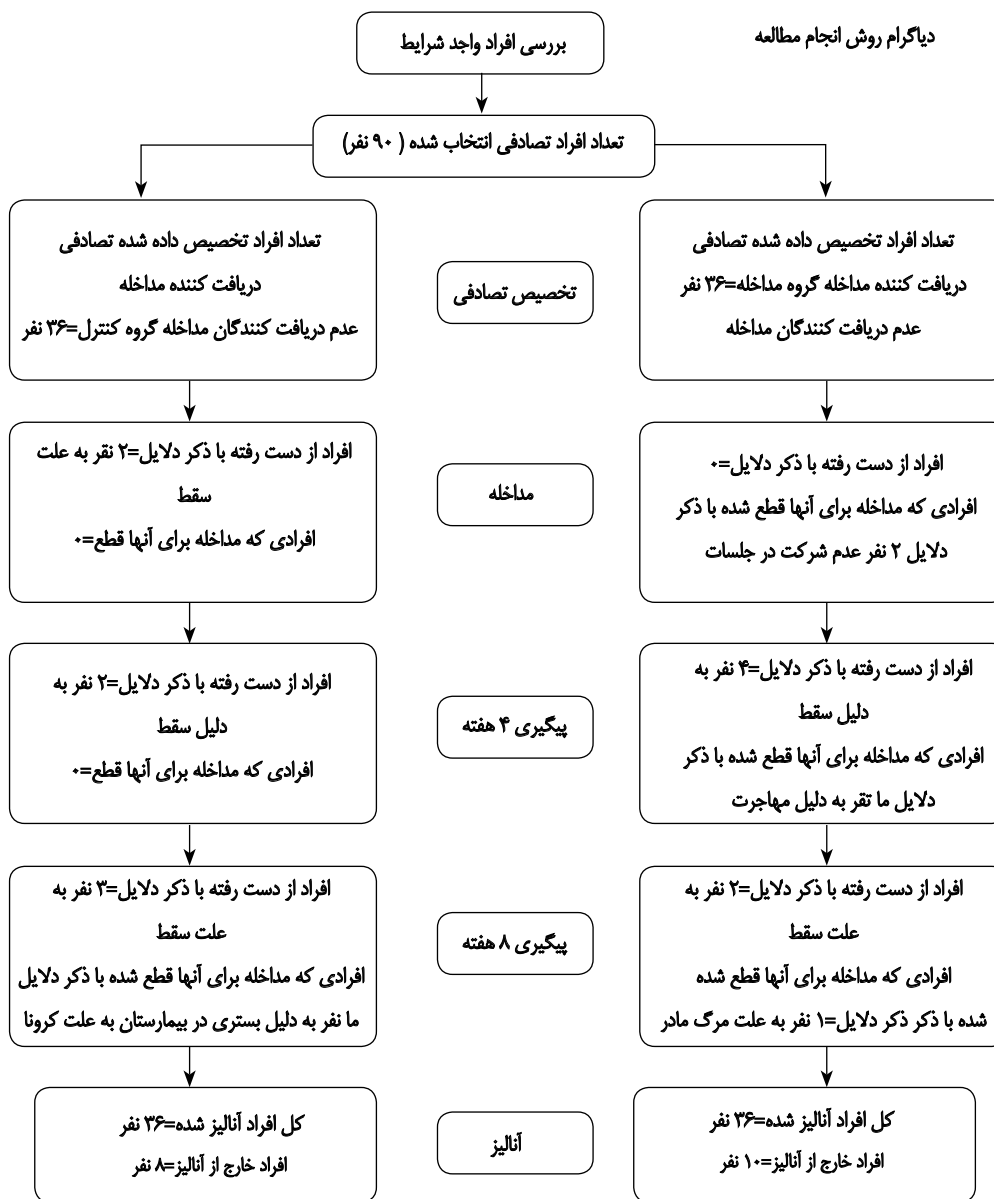
برای محاسبه معناداری بالینی، از شاخص تغییر پایا استفاده شد. محاسبه این شاخص بر پایه انحراف‌معیار نمره افراد در کیفیت زندگی در پیش و پس از مداخله و بر پایه ضریب بازآزمایی یا ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) متغیر کیفیت زندگی استوار است.

محاسبه شاخص تغییر پایا به شیوه‌ای است که در ذیل به پرداخته شده است:

محاسبه خطای استاندارد اندازه‌گیری متغیر کیفیت زندگی پیش از مداخله

$$1. SEM_1 = SD_1 \sqrt{1 + r^2}$$

مداخله در طی ۳ جلسه طبق جدول شماره ۱ (۲) جلسه اول حضوری و جلسه سوم به‌صورت تلفنی) براساس روش ۵ مرحله‌ای سوانسون شهریور ماه تا آذرماه سال ۱۴۰۰ بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در این محدوده زمانی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله در طی ۳ جلسه، دو جلسه اول حضوری و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه و جلسه سوم به‌صورت تلفنی به فاصله ۱ هفته از یکدیگر اجرا شد. پرسش‌نامه‌ها ۴ هفته و ۸ هفته بعد از اتمام مداخله که با زمان مراجعه مادران باردار به مراکز بهداشت جهت مراقبت بارداری‌شان هماهنگ می‌شد تکمیل شد (تصویر شماره ۱).
برای کسانی که امکان حضور نداشتند به‌صورت تلفنی پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. برای گروه کنترل مداخلات مشاوره مبتنی بر رویکرد سوانسون به‌صورت آنلاین انجام شد. بعد از پایان مطالعه برای رعایت موارد اخلاقی با تشکیل گروه واتس‌آپی آموزش‌های گروه آزمایش یعنی روش ۵ مرحله‌ای سوانسون برای گروه کنترل نیز برگزار شد [۲۰]. هر دو گروه به منظور مراقبت‌های روتین بارداری، هر ماه طبق پروتکل وزارت بهداشت تحت مراقبت‌هایی مثل اندازه‌گیری وزن،



تصویر ۱، دیاگرام کنسورت

محاسبه خطای استاندارد تفاوت

3.

$$Sdiff = \sqrt{SEM_1^2 - SEM_2^2}$$

نمره خطای استاندارد تفاوت همان شاخص تغییر پایا می باشد که اگر تفاوت نمره افراد در پیش آزمون و پس آزمون برابر یا بیشتر از نقطه برش تعیین شده به وسیله شاخص تغییر پایا باشد، می توان تغییر نمره افراد در مرحله پس آزمون را از نظر بالینی معنادار در نظر گرفت.

در این فرمول SD_1 ، انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی پیش از مداخله و r^2 ، ضریب بازآزمایی یا ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) متغیر کیفیت زندگی می باشد.

محاسبه خطای استاندارد اندازه گیری متغیر کیفیت زندگی پس از مداخله

2.

$$SEM_2 = SD_2 \sqrt{1 + r^2}$$

در این فرمول SD_2 انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی پس از مداخله و r^2 ضریب بازآزمایی یا ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) متغیر کیفیت زندگی می باشد.

جمعیت‌شناختی، تفاوت معنادار آماری نداشتند که در سطور قبل گزارش شد.

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله و ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله نشان می‌دهد.

طبق **جدول شماره ۴** قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بین کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0/05$) در ۴ هفته بعد از مداخله نمرات کیفیت زندگی در بعد ایفای نقش هیجانی در گروه آزمایش به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود ($P = 0/046$) در ۸ هفته بعد از مداخله نمرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی ($P = 0/009$)، عملکرد اجتماعی ($P = 0/039$)، ایفای نقش هیجانی ($P = 0/004$) و درد بدنی ($P = 0/004$) در گروه آزمایش به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود ($P = 0/01$) (تصویر شماره ۲).

جهت بررسی معنی‌داری بالینی تغییر، تفاوت نمره‌های کیفیت زندگی زنان باردار پیش از مداخله و پس از مداخله در دو مرحله ۴ هفته و ۸ هفته مورد بررسی قرار گرفت (**جدول شماره ۵**). در ابتدا اطلاعاتی در مورد میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ارائه می‌شود. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی در قبل از مداخله $46/32 \pm 6/17$ و پس از مداخله به ترتیب $51/64 \pm 6/32$ و $55/47 \pm 5/35$ می‌باشد. با استفاده از انحراف معیار نمره‌های کسب‌شده پیش از درمان و پس از درمان و نیز آلفای کرونباخ آزمون کیفیت زندگی، نمره خطای استاندارد تفاوت دو متغیر در پس‌آزمون ۴ هفته $3/17$ و در پس‌آزمون ۸ هفته $2/95$ به دست آمد. این نمره در واقع نمره برشی است که براساس آن می‌توان گفت هر فردی که نمره کیفیت زندگی او در مقایسه با قبل از مداخله در پس‌آزمون ۴ هفته بیش از $3/17$ و در پس‌آزمون ۸ هفته بیش از $2/95$ افزایش داشته باشد را می‌توان به عنوان کسی که پیشرفت معناداری را از لحاظ بالینی نشان داده است به حساب آورد.

اگر تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر موردنظر برابر یا بالاتر از نقطه برش تعیین‌شده به وسیله شاخص تغییر پایا باشد، می‌توان گفت وی به حدی از تغییر که از نظر بالینی می‌توان آن را معنی‌دار تلقی کرد، دست یافته است. با مقایسه نقطه برش $3/17$ به دست آمده در پس‌آزمون ۴ هفته، زنان باردار با کد ۲، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۶، ۳۰ و ۳۴ از لحاظ بالینی پیشرفت معنی‌داری را نشان می‌دهند. نمره سایر افراد اگرچه تفاوت‌هایی را در پس‌آزمون نشان می‌دهد، اما این میزان تغییر نمره، به اندازه‌ای نیست که بتوان آن را از نظر بالینی معنی‌دار در نظر گرفت. بنابراین این مداخله بر ۸ نفر از ۳۶ نفر (۲۲ درصد) معنادار بود و نشان می‌دهد نتایج مداخله در هفته چهارم از نظر بالینی معنی‌دار نمی‌باشد. مقایسه نقطه برش $2/95$ به دست آمده در پس‌آزمون ۸

برای توضیح رعایت معیارهای اخلاقی در این پژوهش می‌توان گفت که مطالعه حاضر یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی است که پس از اخذ تأیید از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران و اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و مراکز جامع سلامت اصفهان انجام شده است. همچنین اصول بیانیه هلسینکی^{۱۷} که مؤلفه‌های اخلاقی تحقیقات پزشکی بر روی آزمودنی انسانی را مدنظر قرار می‌دهد در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی توزیع فراوانی مطلق و نسبی برای متغیرهای کمی و تحلیل‌ها با آزمون آماری تی مستقل^{۱۸}، تی زوجی^{۱۹} و کای اسکوئر^{۲۰} و تحلیل واریانس^{۲۱} در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در **جدول شماره ۲** توزیع فراوانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار دو گروه نشان داده شده است. دو گروه مورد بررسی از نظر هیچکدام از مشخصات دموگرافیک تفاوت معنی‌دار آماری نداشته و همگن بودند ($P > 0/05$)

همان طور که در **جدول شماره ۳** نشان داده شده است، برای بررسی اثر کیفیت زندگی از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس پیش‌فرض‌های موردنیاز مورد آزمون قرار گرفت. یکی از پیش‌فرض‌ها کمی بودن و پیوسته بودن متغیر وابسته است که در متغیر کیفیت زندگی چنین شرطی وجود دارد. جهت نرمال بودن نتایج، آزمون شاپیرو ویلک^{۲۲} نشان داد که سطح معناداری متغیر کیفیت زندگی در هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بالاتر از ۰/۰۱ بود ($P > 0/01$). بنابراین براساس آزمون شاپیرو ویلک در سطح ۰/۰۱ متغیرهای پژوهش معنادار نبود که این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. همچنین کرویت یا رابطه معنادار بین مؤلفه‌های پژوهش آماره کای اسکوئر بارتلت برای بررسی معناداری همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. به علاوه عدم وجود داده‌های پرت با استفاده از فاصله ماهالانوبیس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد. آزمون دقیق فیشر در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت و از نظر مشخصات

17. The principles of the Declaration of Helsinki
18. Independent Samples T-Test
19. Paired t-test
20. Chi-Square
21. Analysis of variance (ANOVA)
22. Shapiro-Wilk Test

جدول ۲. توزیع فراوانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
	مداخله	کنترل	
$t=۰/۷۳۸^*$ $df=۷۰$ $P=۰/۴۶۳$	۲۷(۷۵)	۲۲(۶۱/۱)	۲۰-۲۹ سال
	۹(۲۵)	۱۴(۳۸/۹)	۳۰-۴۰ سال
	۳۶(۱۰۰)	۳۶(۱۰۰)	جمع
	۲۷/۹۴±۵/۴۲ ۲۰-۴۰	۲۸/۹۴±۶/۰۴ ۲۰-۴۰	میانگین \pm انحراف معیار بیشینه-کمینه
$\chi^2=۰/۸۴۵$ $df=۱$ $P=۰/۳۵۸$	۸(۲۲/۲)	۵(۱۳/۹)	۸ تا ۱۰ هفته
	۲۸(۷۷/۸)	۳۱(۸۶/۱)	بیشتر از ۱۰ هفته
	۳۶(۱۰۰)	۳۶(۱۰۰)	جمع
	$\chi^2=۱/۵۸۴$ $df=۳$ $P=۰/۶۶۳$	۳(۸/۳)	۳(۸/۳)
۳(۸/۳)		۴(۱۱/۱)	راهنمایی
۸(۲۲/۲)		۱۲(۳۳/۳)	دبیرستان
۲۲(۶۱/۱)		۱۷(۴۷/۲)	دانشگاهی
$\chi^2=۳/۷۸۵$ $df=۳$ $P=۰/۲۸۹$	۱(۲/۸)	۵(۱۳/۹)	ابتدایی
	۵(۱۳/۹)	۶(۱۶/۷)	راهنمایی
	۱۵(۴۱/۷)	۱۵(۴۱/۷)	دبیرستان
	۱۵(۴۱/۷)	۱۰(۲۷/۸)	دانشگاهی
$\chi^2=۲/۳۵۶$ $df=۱$ $P=۰/۱۲۵$	۲۸(۷۷/۷۸)	۲۲(۶۱/۱۲)	خانهدار
	۸(۲۲/۲۲)	۱۴(۳۸/۸۸)	شاغل
	۳۶(۱۰۰)	۳۶(۱۰۰)	جمع
	$\chi^2=۱/۰۲۳$ $df=۲$ $P=۰/۶$	۱۱(۳۰/۶)	۱۴(۳۸/۹)
۱۰(۲۷/۸)		۱۱(۳۰/۶)	در حد کفاف زندگی
۱۵(۴۱/۶)		۱۱(۳۰/۶)	بیشتر از حد کفاف زندگی
۳۶(۱۰۰)		۳۶(۱۰۰)	جمع
$P=۰/۹۹۹^{**}$	۳۴(۹۴/۴)	۳۳(۹۱/۷)	بارداری دوم
	۲(۵/۶)	۳(۸/۳)	بارداری سوم و بالاتر
	۳۶(۱۰۰)	۳۶(۱۰۰)	جمع
$\chi^2=۰/۶۰۵$ $df=۱$ $P=۰/۴۳۷$	۹(۲۵)	۱۲(۳۳/۳)	خواسته
	۲۷(۷۵)	۲۴(۶۶/۷)	برنامه‌ریزی
	۳۶(۱۰۰)	۳۶(۱۰۰)	جمع

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

آزمون تی مستقل، ** دقیق فیشر

دو گروه مورد بررسی از نظر هیچ‌کدام از مشخصات جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌دار آماری نداشته و همگن بودند ($P>۰/۰۵$)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله و ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله

گروه	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل		تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری دو طرفه
		مداخله	کنترل	
کیفیت زندگی (۱۰۰-۰)	قبل	۴۶/۳۲±۶/۱۷	۴۷/۳۵±۵/۲۴	$t=۰/۷۶۴$ $df=۷۰$ $P=۰/۴۴۸$
	۴ هفته بعد	۵۱/۶۴±۶/۳۲	۴۷/۴۲±۵/۹۳	$t=۲/۹۱۹$ $df=۷۰$ $P=۰/۰۰۵$
	۸ هفته بعد	۵۵/۴۷±۵/۳۵	۴۸/۰۳±۵/۳۱	$t=۵/۹۱۶$ $df=۷۰$ $P<۰/۰۰۱$
تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یک طرفه		$F=۴۲/۷۸۹$ $P<۰/۰۰۱$ $\eta^2=۰/۵۵۰$	$F=۰/۲۳۷$ $P=۰/۰۰۷$ $\eta^2=۰/۷۸۹$	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

بعد عملکرد جسمی معنی‌دار نبوده و در سایر ابعاد تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود. همچنین اثر متقابل بین گروه و زمان در تمامی ابعاد معنی‌دار بود.

بحث

این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره مراقبتی حمایتی بر کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین اجرا شد و نتایج نشان داد که کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه همسان بود ($P=۰/۴۴۸$). ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله از نظر کیفیت زندگی و ابعاد آن تفاوت معنی‌دار بود و میانگین نمره کسب‌شده

هفته، نشان می‌دهد زنان باردار با کدهای ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۴ و ۳۵ از نظر بالینی پیشرفت معناداری را نشان می‌دهند. نمره سایر افراد اگرچه تفاوت‌هایی را در پس‌آزمون نشان می‌دهد، اما این میزان تغییر نمره، به اندازه‌ای نیست که بتوان آن را از نظر بالینی معنادار در نظر گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده این مداخله بر ۲۱ نفر از ۳۶ نفر (۵۸ درصد) معنادار بود و بنابراین نتایج مداخله در هفته هشتم را می‌توان از لحاظ بالینی معنادار در نظر گرفت.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان‌دهنده آن بود که اثر گروه در ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار بود. اثر زمان در

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله و ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله و آزمون معنی‌داری

گروه	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل		تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری دو طرفه
		مداخله	کنترل	
کیفیت زندگی (۱۰۰-۰)	قبل	۴۶/۳۲±۶/۱۷	۴۷/۳۵±۵/۲۴	$t=۰/۷۶۴$ $df=۷۰$ $P=۰/۴۴۸$
	۴ هفته بعد	۵۱/۶۴±۶/۳۲	۴۷/۴۲±۵/۹۳	$t=۲/۹۱۹$ $df=۷۰$ $P=۰/۰۰۵$
	۸ هفته بعد	۵۵/۴۷±۵/۳۵	۴۸/۰۳±۵/۳۱	$t=۵/۹۱۶$ $df=۷۰$ $P<۰/۰۰۱$
تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یک طرفه		$F=۴۲/۷۸۹$ $P<۰/۰۰۱$ $\eta^2=۰/۵۵۰$	$F=۰/۲۳۷$ $P=۰/۰۰۷$ $\eta^2=۰/۷۸۹$	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. نمره های قبل و بعد از درمان ، تفاوت بین آن‌ها، شاخص تغییر پایدار و دسترسی به سطح معنا داری بالینی در متغیر کیفیت زندگی

ردیف	پیش‌آزمون	پس‌آزمون ^۴	تفاوت	Sdiff	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی	پس‌آزمون ۸	تفاوت	Sdiff	دستیابی به سطح معناداری بالینی
۱	۴۸	۵۵	۷	۲/۴۵۶۱۴۰۴	خیر	۵۶	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر
۲	۳۶	۵۲	۱۶	۵/۶۱۴۰۳۵۱	بله	۴۶	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۳	۴۶	۴۳	۳-	-۱/۰۵۲۶۳۲	خیر	۵۲	۶	۲/۱۰۵۲۶۳۲	خیر
۴	۴۷	۴۵	۲-	-۰/۷۰۱۷۵۴	خیر	۵۸	۱۱	۳/۸۵۹۶۴۹۱	بله
۵	۴۴	۵۶	۱۲	۴/۲۱۰۵۲۶۳	بله	۵۷	۱۳	۴/۵۶۱۴۰۳۵	بله
۶	۳۴	۴۴	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله	۶۴	۳۰	۱۰/۵۲۶۳۱۶	بله
۷	۴۲	۴۸	۶	۲/۱۰۵۲۶۳۲	خیر	۵۷	۱۵	۵/۲۶۳۱۵۷۹	بله
۸	۵۵	۶۴	۹	۳/۱۵۷۸۹۴۷	بله	۵۹	۴	۱/۴۰۳۵۰۸۸	خیر
۹	۴۰	۴۱	۱	۰/۳۵۰۸۱۷۲	خیر	۵۲	۱۲	۴/۲۱۰۵۲۶۳	بله
۱۰	۴۴	۵۸	۱۴	۴/۹۱۲۲۸۰۷	بله	۵۶	۱۲	۴/۲۱۰۵۲۶۳	بله
۱۱	۵۰	۵۳	۳	۱/۰۵۲۶۳۱۶	خیر	۵۶	۶	۲/۱۰۵۲۶۳۲	خیر
۱۲	۴۵	۴۹	۴	۱/۴۰۳۵۰۸۸	خیر	۳۹	۴	۱/۴۰۳۵۰۸۸	خیر
۱۳	۴۳	۵۱	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر	۴۴	۱	۰/۳۵۰۸۱۷۲	خیر
۱۴	۴۸	۴۱	۷-	-۲/۴۵۶۱۴	خیر	۵۱	۳	۱/۰۵۲۶۳۱۶	خیر
۱۵	۴۶	۵۴	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر	۵۴	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر
۱۶	۴۰	۵۲	۱۲	۴/۲۱۰۵۲۶۳	بله	۵۱	۱۱	۳/۸۵۹۶۴۹۱	بله
۱۷	۵۴	۵۵	۱	۰/۳۵۰۸۱۷۲	خیر	۶۳	۹	۳/۱۵۷۸۹۴۷	بله
۱۸	۵۷	۵۴	۳-	-۱/۰۵۲۶۳۲	خیر	۵۷	۰	۰	خیر
۱۹	۴۵	۴۸	۳	۱/۰۵۲۶۳۱۶	خیر	۵۰	۵	۱/۷۵۴۳۸۶	خیر
۲۰	۴۵	۴۵	۰	۰	خیر	۵۶	۱۱	۳/۸۵۹۶۴۹۱	بله
۲۱	۴۶	۵۴	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر	۵۵	۹	۳/۱۵۷۸۹۴۷	بله
۲۲	۳۹	۴۶	۷	۲/۴۵۶۱۴۰۴	خیر	۳۹	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۲۳	۴۳	۴۷	۴	۱/۴۰۳۵۰۸۸	خیر	۵۴	۱۱	۳/۸۵۹۶۴۹۱	بله
۲۴	۵۳	۶۱	۸	۲/۸۰۷۰۱۷۵	خیر	۶۳	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۲۵	۴۲	۴۷	۵	۱/۷۵۴۳۸۶	خیر	۵۲	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۲۶	۵۳	۶۲	۹	۳/۱۵۷۸۹۴۷	خیر	۶۳	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۲۷	۴۶	۴۸	۲	۰/۷۰۱۷۵۴۴	خیر	۵۶	۱۰	۳/۵۰۸۱۷۱۹	بله
۲۸	۶۲	۶۳	۱	۰/۳۵۰۸۱۷۲	خیر	۶۱	۱-	-۰/۳۵۰۸۱۷۲	خیر
۲۹	۳۷	۴۳	۶	۲/۱۰۵۲۶۳۲	خیر	۵۶	۱۹	۶/۶۶۶۶۶۶۷	بله
۳۰	۴۱	۵۴	۱۳	۴/۵۶۱۴۰۳۵	بله	۵۶	۱۵	۵/۲۶۳۱۵۷۹	بله

ردیف	پیش‌آزمون	پس‌آزمون ۴	تفاوت	Sdiff	دستیابی به سطح معنای بالینی	پس‌آزمون ۸	تفاوت	Sdiff	دستیابی به سطح معنای بالینی
۳۱	۴۹	۵۳	۴	۱/۴۰۳۵۰۸۸	خیر	۵۱	۲	۰/۷۰۱۷۵۴۴	خیر
۳۲	۵۳	۵۴	۱	۰/۳۵۰۸۷۷۲	خیر	۵۸	۵	۱/۷۵۴۳۸۶	خیر
۳۳	۴۹	۴۶	۳-	-۱/۰۵۲۶۳۲	خیر	۴۶	۳-	-۱/۰۵۲۶۳۲	خیر
۳۴	۴۳	۵۷	۱۴	۴/۹۱۲۲۸۰۷	بله	۶۳	۲۰	۷/۰۱۷۵۴۳۹	بله
۳۵	۴۷	۵۶	۹	۳/۱۵۷۸۹۴۷	خیر	۶۴	۱۷	۵/۹۶۴۹۱۲۳	بله
۳۶	۵۶	۶۳	۷	۲/۴۵۶۱۴۰۴	خیر	۶۱	۵	۱/۷۵۴۳۸۶	خیر

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

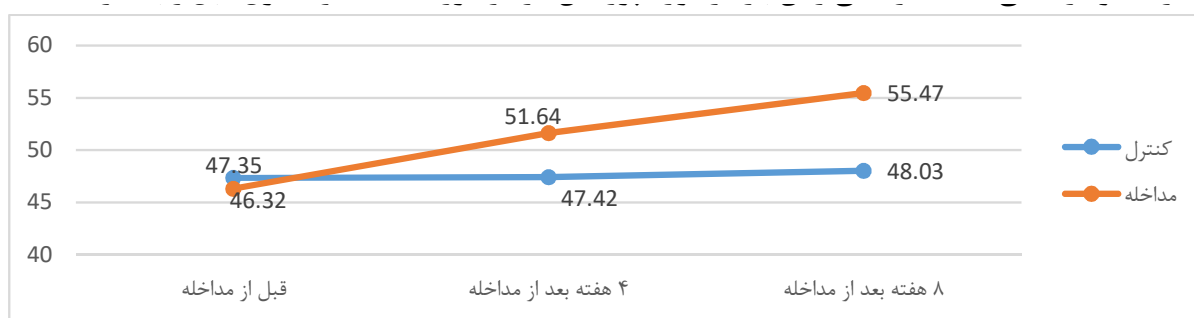
در گروه آزمایش بالاتر از کنترل بود ($P > 0/05$).

نشان داده است که ارائه مراقبت‌های حمایتی برای زنان تأثیر عمده‌ای در کمک به آن‌ها برای تکمیل فرآیند عادی سوگ پس از سقط جنین دارد [۳۱، ۳۲]. آدولفسون و لارسون [۳۳] گزارش کردند که مراقبت‌های حمایتی، سطح غم و اندوه را در مراحل اولیه در زنانی که سقط جنین داشتند کاهش داد. مطالعه دیگری نشان داد که آموزش و مشاوره ارائه‌شده براساس نظریه مراقبتی سوانسون، مؤثرترین روش برای کاهش علائم سوگ و افسردگی مشاهده‌شده در زوجین است.

آدولفسون و لارسون [۳۳] از حمایت فعال و حمایت مراقبتی برای بهبود سلامت زنان پس از سقط جنین استفاده کردند. آن‌ها گزارش دادند که نمرات سوگ زنان در ماه چهارم به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. نتایج مطالعه پالاس و اوسکای [۲۵] کاهش معنی‌داری را در نمرات سوگواری زنان پس از ارائه مراقبت‌های مبتنی بر نظریه مراقبتی سوانسون نشان داد. در مشاوره حمایتی مراقبتی، مراجع تشویق می‌شود تا در مورد احساساتش مانند احساس گناه و خشم صحبت کند و مکانیسم‌ها و استراتژی‌هایی لازم برای بازگرداندن کیفیت زندگی به حالت اول را به او آموزش می‌دهد [۱۵، ۳۴]. در این مداخلات، پرستار یا ماما با ایجاد رفتار صمیمانه، حمایت‌کننده و توضیح تمام اقدامات

در ۸ هفته بعد از مداخله نمرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی ($P = 0/009$)، عملکرد اجتماعی ($P = 0/039$)، ایفای نقش هیجانی ($P = 0/004$) و درد بدنی ($P = 0/004$) در گروه آزمایش به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود ($P > 0/05$). در بررسی اثر کیفیت زندگی اثر متقابل بین گروه و زمان ($P < 0/001$)، اثر گروه ($P < 0/001$) و اثر زمان ($P < 0/001$) معنی‌دار بود. میانگین نمره کیفیت زندگی ۸ هفته بعد از مداخله نیز بیشتر از ۴ هفته بعد از مداخله بود ($P = 0/001$). در گروه کنترل نمره کیفیت زندگی در هیچ کدام از زمان‌های مورد بررسی اختلاف نداشت ($P = 0/789$). اثر متقابل بین گروه و زمان در ابعاد عملکرد جسمی ($P = 0/004$)، ایفای نقش جسمی ($P = 0/004$) و درد بدنی ($P = 0/015$) و اثر گروه در ابعاد عملکرد جسمی ($P = 0/008$)، ایفای نقش جسمی ($P = 0/035$) و سلامت بدنی ($P = 0/035$) معنی‌دار بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه سقط جنین تأثیر زیادی می‌تواند بر کیفیت زندگی مادر داشته باشد، ارتقای آن می‌تواند در کاهش مشکلات بعدی مادر مؤثر باشد. مطالعات



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۲. نمودار خطی کیفیت زندگی زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله

جدول ۶. اندازه اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه در بررسی تأثیر مداخله بر ابعاد کیفیت زندگی در زنان باردار با سابقه سقط در طول زمان‌های مورد بررسی در دو گروه

ابعاد کیفیت زندگی	تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری دو طرفه
عملکرد جسمی	اثر گروه $F=2/977$ $P=0/089$ $\eta^2=0/041$
	اثر زمان $F=4/936$ $P=0/008$ $\eta^2=0/066$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=3/062$ $P=0/050$ $\eta^2=0/042$
عملکرد اجتماعی	اثر گروه $F=3/047$ $P=0/085$ $\eta^2=0/042$
	اثر زمان $F=7/076$ $P=0/0129$ $\eta^2=0/029$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=1/295$ $P=0/0277$ $\eta^2=0/018$
ایفای نقش جسمی	اثر گروه $F=1/531$ $P=0/0220$ $\eta^2=0/021$
	اثر زمان $F=3/422$ $P=0/035$ $\eta^2=0/047$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=0/813$ $P=0/0446$ $\eta^2=0/011$
ایفای نقش هیجانی	اثر گروه $F=3/515$ $P=0/065$ $\eta^2=0/048$
	اثر زمان $F=2/726$ $P=0/069$ $\eta^2=0/027$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=5/839$ $P=0/004$ $\eta^2=0/077$
سلامت روانی	اثر گروه $F=0/293$ $P=0/004$ $\eta^2=0/590$
	اثر زمان $F=0/208$ $P=0/003$ $\eta^2=0/813$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=0/032$ $P=0/001$ $\eta^2=0/969$
سرزندگی	اثر گروه $F=1/758$ $P=0/024$ $\eta^2=0/0198$
	اثر زمان $F=1/037$ $P=0/015$ $\eta^2=0/0357$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=0/965$ $P=0/014$ $\eta^2=0/0384$
درد بدنی	اثر گروه $F=2/827$ $P=0/039$ $\eta^2=0/097$
	اثر زمان $F=1/526$ $P=0/021$ $\eta^2=0/221$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=4/301$ $P=0/015$ $\eta^2=0/058$
سلامت بدنی	اثر گروه $F=1/168$ $P=0/002$ $\eta^2=0/692$
	اثر زمان $F=3/424$ $P=0/047$ $\eta^2=0/047$
	اثر متقابل گروه و زمان $F=1/690$ $P=0/024$ $\eta^2=0/188$

زندگی باروری در زنان که شامل عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روان و درد جسمی است همسویی دارد.

در مشاوره‌ای مراقبتی-حمایتی مبتنی بر نظریه سوانسون، جلسات مشاوره اختصاصی برای زنان باردار با سابقه سقط به صورت اصولی و براساس نیازهای مادر انجام و اثرات مثبت آن در ارتقاء کیفیت زندگی و ابعاد آن مشاهده شده است. سطوح خودسرزندی را کاهش داده و به راحتی در دوران بارداری قابل انجام و سنجش است. در توجیه آن می‌توان تلاش مراقبان را برای فهمیدن آنچه بر خانواده می‌گذرد و شنیدن صحبت‌های آن‌ها، همراهی و همدلی با آن‌ها دانست و ارائه راهکارهایی به خانواده برای تسهیل و عبور از این رویداد کمک‌کننده است. داشتن این باور که خانواده می‌تواند از پس بحران برآید بسیار کمک‌کننده می‌باشد [۳۹].

نتیجه‌گیری

روش مشاوره مراقبتی-حمایتی به‌عنوان یک مداخله مامامحور می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین مؤثر باشد و به ارتقای سلامت این مادران کمک کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- شروع و ادامه همه‌گیری کووید-۱۹ و تمایل کمتر زنان به شرکت حضوری در جلسات، سعی شد جلسه اول با زمان مراقبت بارداری شان تنظیم شود.

- نگرانی از افشای اطلاعات داده‌شده که به آن‌ها در این زمینه اطمینان خاطر داده شد؛

- مشکل در بروز احساسات طی مداخله که سعی می‌شد با برقراری ارتباط صمیمانه و همدلی مشارکت آن‌ها جلب شود.

- محدودیت در روایی بیرونی.

مطابق با یافته‌های پیشنهاداتی نیز مطرح می‌شود که عبارت است از:

- در مراکز جامع سلامت از شیوه نوین مراقبت مامایی مبتنی بر مشاوره مراقبتی-حمایتی برای مراقبت‌های دوران بارداری استفاده شود؛

- با تقویت سیستم‌های پیگیری و ارجاع، زنان باردار با سابقه سقط جنین مشکوک به اختلالات خلقی را شناسایی و به مراکز درمانی تخصصی ارجاع داده شوند؛

- توجه کلیه ماماها شاغل در مراکز درمانی به مسائل در سطح روان زنان با سابقه سقط جنین بیشتر شود تا با برنامه‌ریزی، تماس‌های فردی و جلسات مشاوره مراقبتی-حمایتی به ارتقای

درمانی، مادر را در موقعیت مناسب درمانی قرار می‌دهد و به بهبود سلامت عاطفی مادر کمک می‌کند [۳۵]. کیفیت زندگی پایین با فقدان عزت نفس و احترام به خود، حس گناه و درماندگی و ناامیدی همراه است.

طبق یافته‌ها [۳۶] در مطالعه تجربی باهدف تعیین تأثیر مداخلات حمایتی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان در معرض زایمان زودرس به این نتیجه رسیدند که مداخلات می‌تواند کیفیت زندگی زنان را ارتقاء دهد. این مطالعه نشان داد مداخلات حمایتی اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و ماماها و مراقبین بهداشتی می‌توانند این مداخلات را برای استفاده در محیط بیمارستان تطبیق دهند. همچنین طبق یافته‌های [۳۷] باهدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی در سلامت روانی بعد از سقط در بعدها اضطراب و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که نسبت دیسترس روانی ۳ ماه بعد از سقط در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش داشت و در زنان با نمره بالا در پرسش‌نامه سلامت عمومی نمره افسردگی در گروه مشاوره ۶ هفته بعد از سقط پایین‌تر بوده و یک برنامه هدفمند برای بهبود سلامت روانی زنان در هفته اول پس از سقط مفید است که با تحقیق حاضر، همسو می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای [۳۸] که باهدف تعیین تأثیر کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی زنان پس از سقط جنین انجام شد، بیانگر این بود که کیفیت کلی زندگی زنان پس از سقط جنین بهتر از سلامت کلی آنان است و ضعیف‌ترین بعد در کیفیت زندگی در حوزه روان‌شناختی بود.

یک برنامه هدفمند در زمینه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بهبود سلامت روانی زنان پس از سقط جنین مفید است. در مطالعه حاضر نیز کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین در گروه مشاوره مراقبتی-حمایتی از گروه کنترل بیشتر بود؛ این ۲ مطالعه در ۴ زیرمقیاس کیفیت زندگی باروری عملکرد اجتماعی، سلامت روان‌شناختی، سلامت عمومی و فیزیکی همسویی داشتند. طبق یافته‌های [۱۳] باهدف بررسی کیفیت زندگی و پریشانی روانی در زنان مبتلا به سقط مکرر به این نتیجه رسیدند که زنان با سقط مکرر ناتوانی عملکردی گسترده و سطح رفاه پایین‌تری را در مقایسه با زنان بدون سقط مکرر داشتند. بین زنان دارای سقط جنین و بدون سقط جنین در تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی به‌جز عملکرد فیزیکی و سلامت بدنی تفاوت معناداری وجود داشت. نسبت پریشانی روانی ۳ ماه بعد از سقط در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش داشت، اما این اختلاف معنی‌دار نبود. نمره کیفیت زندگی در گروه مشاوره ۶ هفته بعد از سقط مکرر افزایش داشت. پس می‌توان نتیجه گرفت که یک برنامه هدفمند برای بهبود سلامت روانی زنان در هفته اول پس از سقط مفید است. در مطالعه حاضر کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین در گروه مشاوره مراقبتی-حمایتی از گروه کنترل بیشتر بود و نتایج با تحقیق حاضر در ۴ زیرمقیاس کیفیت

سطح سلامت روانی زنان باردار کمک کنند.

حامی مالی

این مطالعه از سوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران حمایت مالی دریافت کرده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه کسانی که در انجام پژوهش یاری‌رسان بودند، تشکر می‌کنند.

توصیه می‌شود از این راهبرد مشاوره‌ای برای زنان باردار با سابقه سقط جنین در مراکز آموزشی و درمانی استفاده شود. بهره‌مندی از مراقبت حمایتی، زنان را قادر می‌سازد تا با روند غم و اندوه پس از سقط جنین کنار بیایند و تأثیر مثبت قابل توجهی در کاهش علائم سوگ دارد. درحقیقت این مراقبت شامل ایجاد یک محیط امن، برقراری ارتباط موثر، ارائه اطلاعات در مورد روند سقط جنین، ارائه مشاوره در مورد غم و اندوه، ارائه کتاب‌های راهنما برای کمک به زنان برای مقابله با سقط جنین، صحبت در مورد احساسات مرتبط با سقط جنین، پرسش از زنان در مورد وضعیتشان و ارائه همدلی و دادن زمان برای عزاداری به زنان است

بنابراین می‌توان گفت که نظریه مراقبتی سوانسون در کاهش علائم سوگ و افزایش کیفیت زندگی این گروه از زنان موثر بوده است. سیاستگذاران مراقبت‌های بارداری با گنجاندن این الگوها در ارائه مراقبت به مادرانی که سابقه بارداری نافرجام، می‌توانند در ارتقاء سلامت جسمی و روحی این مادران موثر بوده و در بهبود تمایل به فرزندآوری کمک‌کننده باشد؛ بدین ترتیب توصیه می‌شود از این مدل مشاوره حمایتی مراقبتی در مراکز جامع سلامت استفاده شود و مادران حمایت و مراقبت لازم و موردنیاز را از ماماها و سایر مراقبان سلامت دریافت کنند. باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، غربالگری تمام زنان پس از سقط جنین از نظر کیفیت زندگی برای شناسایی زنان آسیب‌پذیر جهت ارائه مشاوره‌ها و درمان‌های بهداشتی مناسب و در نهایت داشتن جامعه‌ای سالم توصیه می‌شود.

همچنین به سیاستگذاران پیشنهاد می‌شود در حوزه بهداشت باروری و مامایی با تدوین برنامه‌های مناسب با استفاده از رویکردهای جدید روان‌شناختی و پزشکی از تلاش خود برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از زنان دریغ نکنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی است که پس از اخذ تأیید از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (IR.IUMS.REC.1399.974) و ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به شماره (IRCT20210827052302N1) و اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان و مراکز جامع سلامت اصفهان انجام شده است.

References

- [1] Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17(4):520-34. [PMID]
- [2] Sharifi-Shaki S, Aakhte M, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R et al. [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages (Persian)]. *Feyz*. 2015; 19(4):334-40. [Link]
- [3] Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulf KH. Effect of previous miscarriage on the maternal birth experience in the First Baby Study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal nursing*. 2013; 42(4):442-50. [PMID]
- [4] Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 2013; 166(1):30-6. [DOI:10.1016/j.ejogrb.2012.09.024] [PMID]
- [5] Bellieni CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013; 67(5):301-10. [DOI:10.1111/pcn.12067] [PMID]
- [6] Curley M. An explanatory model to guide assessment, risk and diagnosis of psychological distress after abortion. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014; 4(15):944-53. [DOI:10.4236/ojog.2014.415133]
- [7] Wijesooriya L, Paliawadana T, Rajapaksha RNG. A study of psychological impact on women undergoing miscarriage at a Sri Lankan hospital setting. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 37(2):10-13. [DOI:10.4038/sljog.v37i2.7747]
- [8] Woods-Giscombé CL, Lobel M, Crandell JL. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in Nursing & Health*. 2010; 33(4):316-28. [DOI:10.1002/nur.20389] [PMID]
- [9] Feizollahi N, Nahidi F, Sereshti M, Nasiri M, Motlagh AA. Evaluation of quality of life in women with abortion experience in Tehran 2015-2016. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2020; 29(1):8-15. [Link]
- [10] Pesavento F, Marconcini E, Drago D. [Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women (Italian)]. *Minerva Ginecologica*. 2005; 57(4):451-60. [PMID]
- [11] Bahrami M. Iranian nurses perceptions of cancer patients quality of life. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2016; 9(3):e4076. [DOI:10.17795/ijcp-4076] [PMID]
- [12] Irani M, Khadivzadeh T, Asghari Nekah SM, Ebrahimipour H, Tara F. Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: A qualitative study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2019; 7(1):22-31. [PMID]
- [13] Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, et al. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16(1):150. [DOI:10.1186/s12955-018-0982-z] [PMID]
- [14] Couto ER, Couto E, Vian B, Gregorio Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*. 2009; 127(4):185-9. [DOI:10.1590/S1516-31802009000400002] [PMID]
- [15] Fergusson M, Elisa M, Rodríguez M, Alemán Parra CM, Ávila Martín LA, Badillo Romero K, Barajas Lizarazo MA. [From nursing theory to practice: Experiences with care management projects (Spanish)]. Colombia: Universidad de la Sabana; 2016. [Link]
- [16] Coverdale J, Gordon MR, Beresin EV, Guerrero APS, Louie AK, Balon R, et al. Access to abortion after Dobbs v. Jackson Women's Health Organization: Advocacy and a call to action for the profession of psychiatry. *Academic Psychiatry*. 2023; 47(1):1-6. [DOI:10.1007/s40596-022-01729-7] [PMID]
- [17] Ngo A, Nguyen VT, Phan H, Pham V, Ngo C, Nguyen L, et al. Effectiveness of mHealth intervention on safe abortion knowledge and perceived barriers to safe abortion services among female sex workers in Vietnam. *Mhealth*. 2023; 9:3. [DOI:10.21037/mhealth-22-41] [PMID]
- [18] Ellina AD, Adiutama NM. Evaluation of patient satisfaction and nurse caring behaviour: Based on swanson's theory. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. 2019; 10(8):2698-702. [Link]
- [19] Adolfsson A. Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory. *Psychology Research and Behavior Management*. 2011; 4:1-9. [PMID]
- [20] Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1993; 25(4):352-7. [DOI:10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x] [PMID]
- [21] Ardekani ZB, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri-Ardekani H. [The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran (Persian)]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005; 6(4):299-320. [Link]
- [22] Beristain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L. [Kristen Swanson's theory of care: Literature review (Spanish)]. *Sanus*. 2022; 7(212). [DOI:10.36789/revsanus.vi1.212]
- [23] Ellina AD, Nursalam N, Yunitasari E, Adiutama NM. Evaluation of quality of nursing work-life: Based on Swanson's Theory of Caring. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022; 9(T5):185-9. [DOI:10.3889/oamjms.2021.7844]
- [24] Aguilera J, García M, Cáceda G. [La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: Una mirada desde la complejidad (Spanish)]. *Revista Ciencia y Tecnología*. 2016;12(1):161-75. [Link]
- [25] Palas Karaca P, Oskay ÜY. Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(1):179-88. [DOI:10.1111/ppc.12540] [PMID]
- [26] Golmakani N, Ahmadi M, Asghari P, Esmaili H. [The effect of supportive care program on bereavement in women with early miscarriage (Persian)]. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 20(8):33-41. [Link]
- [27] Chang SC, Kuo PL, Chen CH. Effectiveness of empathic caring on stress and depression for women with recurrent miscarriage: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021; 43:101367. [DOI:10.1016/j.ctcp.2021.101367] [PMID]

- [28] Moghadasi M, Soltanahmadi Z, Azizzadeh Forozi M, Mahdizadeh AL, Jahani Y. [The effect of supportive counseling on reducing the anxiety of women at risk of preterm birth (Persian)]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2016; 14 (2):151-8. [[Link](#)]
- [29] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992; 30(6):473-83. [[DOI:10.1097/00005650-199206000-00002](#)] [[PMID](#)]
- [30] Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11 (3):349-57. [[PMID](#)]
- [31] Johnson OP, Langford RW. A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015; 44(4):492-9. [[DOI:10.1111/1552-6909.12659](#)] [[PMID](#)]
- [32] Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. Depression and anxiety following early pregnancy loss: Recommendations for primary care providers. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2015; 17(1):10.4088/PCC.14r01721. [[DOI:10.4088/PCC.14r01721](#)] [[PMID](#)]
- [33] Adolfsson A, Larsson PG. Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010; 115(3): 201-9. [[DOI:10.3109/03009731003739851](#)] [[PMID](#)]
- [34] Diaz-Pérez E, Haro G, Echeverria I. Psychopathology present in women after miscarriage or perinatal loss: A systematic review. *Psychiatry International*. 2023; 4(2):126-35. [[DOI:10.3390/psychiatryint4020015](#)]
- [35] Azadi Y, Yazdanpanah M, Mahmoudi H. Understanding smallholder farmers' adaptation behaviors through climate change beliefs, risk perception, trust, and psychological distance: Evidence from wheat growers in Iran. *Journal of Environmental Management*. 2019; 250:109456. [[DOI:10.1016/j.jenvman.2019.109456](#)] [[PMID](#)]
- [36] Kao MH, Chen CC. The effects of support interventions on anxiety and depression in women with preterm labor during hospitalization. *European Psychiatry*. 2017; 41(S1):S736-7. [[DOI:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1352](#)]
- [37] Kong GW, Chung TK, Lok IH. The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage—a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014; 121(10):1253-62. [[DOI:10.1111/1471-0528.12908](#)] [[PMID](#)]
- [38] Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Bień A. Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021; 19(16):16. [[DOI:10.1186/s12955-020-01662-z](#)] [[PMID](#)]
- [39] Swanson KM, Chen HT, Graham JC, Wojnar DM, Petras A. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples focused interventions. *Journal of Women's Health* (2002). 2009; 18(8):1245-57. [[DOI:10.1089/jwh.2008.1202](#)] [[PMID](#)]